Tom. III. Maj 1901. № 5.

Czasopismo Lekarskie

Przypadek wrzodu toczącego rogówki (ulcus rodens), z opisem wyniku badań bakteryologicznych.

(Podług odczytu w Tow. Lek. Łódzkiem d. 13 IV r. b.).

Podał Dr. med. J. Koliński.

Wrzód toczący rogówki, opisany po raz pierwszy przez Mooren'a[1] w roku 1867, należy do rzadkich form cierpienia oka. Prof. Vossius na 25 tysięcy chorych widział tylko 3 przypadki wrzodu toczącego, a L. Jany na 66 tys. tylko jeden przypadek. Nic też dziwnego, iż w podręcznikach starszych oflalmologii nie znajdujemy opisu tej formy chorobowej (W. Szokalski, K. Stellwag v. Carion, G. Braun, E. Meyer, C. Schweigger, A. Chodin, S. Klein, J. Michel i inni). U niektórych z późniejszych autorów znajdujemy zaledwo krótkie i niejasne wzmianki, niejako czerpane z drugiej ręki (np. J. Stilling, F. Hosch). Inni nareszcie, chociaż podają wierny obraz chorobowy, o etiologję tego wrzodu zupełnie nie potrącają albo też zaznaczają, iż przyczyna choroby nie jest znaną (np. E. Fick, Kniess, Schmidt-Rimpler, E. Fuchs, W. Goldzieher i inni). Na 27 Zjeździe oftalmologów w Hejdelbergu, 1898 r. prof. Vossius wypowiedział zdanie, iż jestto trofoneuroza. G. Ahlström (Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenh., 1898, V) sprawę tę uważa za „postępującą zgorzel rogówki. W dostępnej mi literaturze nie spotkałem się z najmniejszą wzmianką o drobnostroju chorobotwórczym tej choroby. Biorąc na uwagę rzadkość tego wrzodu nie można się spodziewać, aby przyczyna jego wkrótce poznana została. Prof. Fuchs w swym podręczniku utrzymuje, iż spotyka się go u ludzi starszych, chociaż w przypadkach Jany'go,[2] Schmidt-Rimplera,[3] Ahlströma[4]) i moim wiek chorych nie przekraczał 40 lat. O ile sądzić można z nielicznych opisanych przypadków, wrzód toczący zdarza się częściej u mężczyzn niż u kobiet, co by mogło poniekąd wskazywać na związek tego cierpienia z urazem.

---

[1]) Ophthalmiatrische Beobachtungen, Berlin, 1867, S. 107.
[2]) Centralb. f. Augenh., 1885, str. 162.
[3]) Sprawozd. z 27 Zjazdu Okulistów w Heidelbergu 1898 r.
[4]) Loco cit.

Od połowy Grudnia z. r. do dni ostatnich (22/IV) miałem możność obserwowania przypadku wrzodu toczącego, którego przebieg pozwolę sobie tu przytoczyć.

18 Grudnia zjawił się u mnie 28 letni starozakonny Lejzor A. z cierpieniem prawego oka. Pacyent, średnio odżywiony, ani na skórze ani też w organach wewnętrznych żadnych zmian chorobowych nie objawia, żadnemi chorobami ogólnemi nie obciążony. Na oczy nigdy nie chorował, ani też żadnemu urazowi nie ulegał. Jako handlujący koronkami nie miał bezpośredniego zetknięcia z przedmiotami zakażonymi.

Na rogówce prawego oka, w dolnym jej odcinku, znajdowało się owrzodzenie półksiężycowej formy, obejmujące czwartą część obwodu i mające około 3 milimetrów szerokości w środkowej części. Dno jego nierówne, ciemno-szare nieco pogłębione z góry odgraniczał od zdrowej części rogówki dość wyniosły brzeg podmyty, idący w postaci łukowatej linii, wklęsłością zwróconej ku górze. Brzeg ten pokryty był szaro-białawą powłoką. Takiegoż koloru ograniczone okrągłe nacieczenia znajdowały się w niewielkiej liczbie w zdrowej rogówce, tuż przy wyżej opisanym podmytym brzegu owrzodzenia. Na pozostałej części zdrowej rogówki żadnych chorobowych zmian dopatrzeć nie można było. Tęcza, przednia komórka, soczewka i dno oka najmniejszych zmian patologicznych nie przedstawiały. Napięcie gałki normalne. Siła widzenia 20/XX. Spojówka tak gałki ocznej jako też powiek nie zdradzały stanu chorobowego, tylko do dolnego brzegu rogówki, objętego owrzodzeniem, szły promieniowato rozszerzone naczynia krwionośne. Organy łzowe zupełnie zdrowe. Chory skarży się na znaczny ból oka; światłowstręt umiarkowany. Pierwsze objawy cierpienia zauważył przed 3 tygodniami. Zaczerwienie nie oka oraz łzawienie zjawiły się bez żadnego wiadomego powodu. Bóle z początku nieznaczne następnie wzmagały się stopniowo, tak iż nareszcie skłoniły go do szukania porady u mnie.

Jakkolwiek powyżej opisane cechy wrzodu, a mianowicie miejsce—u obwodu rogówki, forma półksiężycowa, poziom dna niższy od poziomu zdrowej rogówki, wygląd brzegu spadzisty, podmyty, pokryty szaro-białawym osadem, przodem idące nacieczenia w zdrowej rogówce, oraz brak objawów zapalnych ze strony sąsiednich części oka, mogły wystarczyć dla rozpoznania wrzodu toczącego (u l c u s r o d e n s), w pierwszej chwili zawachałem się jednak postawić dyagnozę choroby, pierwszy raz spotykanej w mej praktyce. Idąc drogą wykluczenia, przyszedłem do wniosku, iż jedynie możebną postacią danego cierpienia mógł być tylko wrzód toczący. Na tej zasadzie zastosowałem wypalenie całego toczącego brzegu oraz nacieczeń na zdrowej rogówce za pomocą galwanokautera i nałożyłem opatrunek airolowy. Na drugi dzień znalazłem wyniosły brzeg wrzodu już więcej płaskim, nie podmytym, bez szaro-białego zabarwienia. Bóle ustały, rozserzenie naczyń na obwodzie rogówki było mniejsze.

Ponieważ chory nie mógł codziennie przychodzić do mnie, zaleciłem mu wkraplanie ezeryny, wprowadzanie pod powieki maści jodoformowo-wazelinowej (10%) oraz unieruchomienie oka. Po tygodniu dno wrzodzenia znalazłem gładkiem, brzeg płaskim bez szarego zabarwienia, na zdrowej rogówce nie mogłem się dopatrzeć szarobiałych nacieczeń. Słowem, zdawało się, iż wrzód zaczyna się goić. Czując się dobrze, chory nie odwiedzał mnie w ciągu 2 tygodni.

Kiedy, po upływie tego czasu, zjawił się znów u mnie, zauważyłem, iż owrzodzenie posunęło się na całej swej długości o jakie ½—1 milimetra. Brzeg jego był znów podminowany, szary, a u zewnętrznego końca kilka szarawo-białych ograniczonych nacieczeń w zdrowej części rogówki, tuż około brzegu owrzodzenia. Bóle się wzmogły, naczynia krwionośne dochodzące do obwodu rogówki, objętego owrzodzeniem, znacznie przekrwione. Na powtórne wypalenie galwanokauterem chory nie chciał się zgodzić i pojechał do Wrocławia, gdzie znajdował się w kuracyi prof. M. w ciągu 3 tygodni. Galwanokaustyka stosowaną tam nie była i leczenie, według słów chorego, ograniczało się do codziennego zasypywania „białym" proszkiem. Po powrocie do domu chory miał zalecone przez prof. M. okłady ciepłe z rozczynu kwasu bornego, które on też skurpulatnie robił w ciągu dwóch tygodni.

8/III do chorego został wezwany z przyczyny nieznośnych bólów głowy kol. J., który, widząc, iż przyczyną tych bólów jest choroba oka, polecił zawezwać okulistę.

9/III znalazłem chorego leżącego w łóżku z przyczyny nieznośnych bólów oka i głowy. Po upływie 5 tygodni niewidzenia przezemnie chorego, wygląd oka zmienił się do niepoznania. Oprócz silnego nacieczenia naczyń, otaczających rogówkę od zewnątrz, z dołu a w części i od wewnątrz, owrzodzenie zdążyło się posunąć ku górze i obejmowało ono już większą połowę od dołu, a z górnej połowy część zewnętrzną, tak iż pozostała zdrową tylko część rogówki wewnętrzna-górna, w postaci kwadrantowego wycinka, stanowiącego mniej niż czwartą część całej powierzchni błony rogówkowej. Otaczający tę zdrową część rogówki brzeg owrzodzenia był podminowany, pokryty szarym osadem, po za którym rozsiane były dość liczne szare infiltraty i w pozostałej zdrowej części rogówki. Zastosowałem znów wypalenie galwanokauterem szarego brzegu i nacieczeń w zdrowej rogówce i znów nałożyłem opatrunek airolowy. Już następnego dnia nastąpiła poprawa, gdyż i bóle ustąpiły i toczący brzeg pozbył się szarego nacieczenia, spłaszczył się, naczynia na obwodzie mniej przekrwione. Ponieważ jednak, mając na uwadze małą pozostałość zdrowej rogówki, nie chciałem jej niszczyć obszernem wypalaniem, już po tygodniu znów zjawiło się pogorszenie pod postacią podminowania i szarej infiltracyi brzegu owrzodzenia, bólów i przekrwienia naczyń na obwodzie. W zdrowej części rogówki pojawiły się mniejsze i większe szarawo-białe nacieczenia i to dość odległe od owrzodzenia, t. j. prawie we środku pozostałej zdrowej

rogówki u jej górnego i wewnętrznego obwodu. Nacieczenia te zaczęły się powiększać w objętości.

18/III Widząc jedyny ratunek dla pozostałej części rogówki w wypaleniu, postanowiłem zniszczyć wszystkie widzialne szare nacieczenia, które zgrupowały się u jej obwodu, grożąc odgraniczeniem jej od naczyń obwodowych. Lecz chory, nie chcąc się poddać temu zabiegowi, wyjechał do Warszawy, gdzie zasięgał porady u kol. K.

8/IV odwiedziłem chorego po jego powrocie do domu. Znalazłem go znów w łóżku. Ze zdrowej błony rogowej pozostała tylko wysepka, ze wszystkich stron otoczona podmytym, posuwającym się brzegiem owrzodzenia. Wysepka ta, w formie krążka około 4—5 milimetrów średnicy, przedstawia zupełnie niezmienioną przezroczystą tkankę rogówkową, przez którą widać część zupełnie rozszerzonej od atropiny źrenicy oraz normalnego zabarwienia i wyglądu część tęczy. Przekrwione naczynia spojówki dookoła otaczają obwód owrzodzonej rogówki. Chory z porady kol. K. napuszcza atropinę i zasypuje xeroform.

16/IV Wysepka zdrowej błony rogówkowej zmniejszyła się tak, iż pozostał tylko skrawek około 2 milimetrów szerokości i długi około 3 milimetrów. Przekrwienie naczyń na obwodzie i bóle ustawiczne trwają wciąż. Otwór źrenicy zaledwo widoczny. Chory stosuje dalej zalecony sobie xeroform i atropinę.

22/IV. Owrzodzenie zajęło już całą powierzchnię rogówki. Powierzchnia jego w górnej części, to jest w miejscu, gdzie zdrowa rogówka dopiero co została zniszczoną, nierówna, otoczona wieńcem rozszerzonych naczyń krwionośnych. W dolnej połowie widzimy obficie rozwinięte unaczynienie, dzięki któremu powierzchnia wygładza się; naczynia dochodzące do obwodu dolnej części mniej są nacieczone. Chory widzi zaledwo ruchy ręki na odległość $1/2$ metra. Bóle i światłowstręt trwają dotąd.

Takim sposobem wrzód toczący zużył około 5 miesięcy czasu na dzieło zniszczenia całej rogówki. Mamy więc tu do czynienia z cierpieniem o przebiegu przewlekłym i tem można objaśnić brak silnych objawów zapalnych.

Jak widać z przebiegu choroby w powyższym przypadku, omawiana postać wrzodu tem się różni od wrzodu pełzającego, iż zaczyna się u jednego brzegu rogówki, posuwa się do brzegu przeciwległego, niszcząc tylko powierzchowne jej warstwy, a mianowicie — nabłonek i błonę odgraniczającą przednią, oraz zupełnie powierzchowną warstwę właściwej tkanki rogówkowej. Ani do przedziurawienia ani do nagromadzenia w przedniej komórce ropy (hypopyon) nie dochodzi. Jestto zatem owrzodzenie powierzchowne, o przewlekłym przebiegu, bez powikłań zapaleniem tęczy, spojówki i t. d. Swoistem dla omawianego wrzodu, oprócz miejsca powstawania jego, własności dna i brzegów oraz wyżej wspomnianych nacieczeń, — jest perjodyczne posuwanie się owrzodzenia przy wzmożeniu wszystkich objawów zapalnych. Takie nasilenia wywołane są zjawianiem się nowych nacieczeń na brzegu po-

stępującym i w zdrowej tkance rogówkowej. Jak żeśmy powyżej widzieli, po każdym takim napadzie powierzchnia zdrowej tkanki się zmniejsza, natomiast owrzodzenie się posuwa Wypalenie infiltratów oraz podmytego brzegu przedłuża względny spokój i stanowi niejako przystanek w postępie tej niszczącej sprawy.

Jakkolwiek wrzód toczący rogówki należy do chorób, wobec których zabiegi nasze są bezsilne, wszyscy jednak autorzy, piszący o ulcus rodens, zgadzają się, iż galwanokaustyka stanowi tutaj jeszcze najpewniejszy zabieg, a przypadki Jany'go,[1]) H. Gifford'a [2]) i innych potwierdzają słuszność tego zapatrywania. Przytoczony powyżej przypadek skończył się zniszczeniem całej rogówki, dzięki obawie chorego przed galwanokaustyką, przed którą on emigrował raz do Wrocławia, a drugi raz do Warszawy.

Niechęć chorego do systymatycznego leczenia się na miejscu oraz obawa tegoż pacyenta przed wszelkiem narzędziem była przeszkodą dla mnie w przeprowadzeniu ściślejszych badań bakteryologicznych wrzodu toczącego. Przytoczę tu wyniki tych pobieżnych poszukiwań, które udało mi się przeprowadzić przy doświadczonej pomocy kol. St. Serkowskiego, za co składam mu serdeczne podziękowanie.

13 Marca zdjąłem, przy pomocy kuleczki sterylizowanej waty umocowanej na druciku, szarą wydzielinę pokrywającą podminowany brzeg owrzodzenia. Wydzielina, przechowana w wyjałowionej próbówce, poddana została badaniu przez kol. Serkowskiego 16-go Marca na zawartość drobnoustrojów chorobotwórczych. Wynik poszukiwań był ujemny, gdyż wata nie zawierała zupełnie drobnoustrojów.

W zdjętej w ten sam sposób wydzielnie 15 Marca znaleziona została czysta kultura gronkowca białego (Staphylococcus pyogenus albus) w hodowli i preparatach mikroskopowych. Tu dodać muszę, iż tak rogówka jak i worek spojówkowy chorego oka przed zdjęciem wspomnianej wydzieliny przemyłem wodą sterylizowaną. Wprawdzie prof. Uhthoff[3]) uprzedza, iż „materyał z chorej rogówki najlepiej brać końcem sterylizowanej lancy“, ja jednak musiałem się wyrzec użycia jakiegokolwiek ostrego narzędzia wobec obawy chorego.

Hodowle z agaru glicerynowego szczepiłem na rogówkach dwóch królików. We wszystkich razach otrzymywałem na miejscu ukłócia dnia drugiego szare, ograniczone nacieczenia, przypomniające infiltraty powyżej opisane u chorego, Nacieczenia te trzeciego dnia były jeszcze większe, następnych zaś dni stopniowo znikały. Piątego dnia zaledwo można było odszukać ślad byłego nacieczenia.

---

[1]) Loco cit. [2]) Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenh. 1899, Marzec. [3]) Bakteriologie der Bindehaut- und Hornhautentzündungen. Prace XII Międzynar. Zjazdu Lekarzy. T. VI str. 26.

Te same hodowle szczepiłem następnie na rogówkach morskiej świnki. Rezultat był prawie ten sam, tylko infiltraty były obszerniejsze i pozostawały dłużej. Szczepienie białego gronkowca, innego pochodzenia, na rogówce drugiej świnki spowodowało również powstanie szarego zmętnienia, wprawdzie nieco mniejszej objętości, które na piąty dzień już znikło. Nakłócie temże narzędziem (igła do dyscyzyj), sterylizowanem, drugiej rogówki na drugi dzień nie pozostawiło żadnego śladu.

Na zdjęcie choć jeszcze jednej porcyi materjału z wrzodu chory żadną miarą zgodzić się nie chciał i dla tego zmuszony byłem dalszych poszukiwań bakteryologicznych zaniechać.

Przyznaję, iż otrzymane wyniki nie uprawniają mnie do jakichkolwiek wniosków co do znaczenia gronkowca białego w omawianem cierpieniu rogówki. Uważałem jednak za słuszne wyniki tych skąpych badań podać do wiadomości Sz. Kolegów wobec zupełnego braku wiadomości o chorobotwórczych drobnoustrojach wrzodu toczącego rogówki.

Spostrzeżenia z praktyki.

Zanik mięśni postępujący neurotyczny, z obostrzeniami wiosennemi.

Podał Dr. **A. Goldenberg** (Mszczonów).

Franc. K. z Mszczonowa, chłopiec 8-mio letni z bliźniąt (drugie dziecko umarło w 8-ym mies. życia, w konwulsyach), uskarża się na silne darcie w nogach, głównie w stopach, skrzywienie stóp, niemożność chodzenia i brak łaknienia.

Dziecko, według opowiadania matki, urodziło się zdrowe i do roku rozwijało się prawidłowo. W końcu roku matka zauważyła, iż dolna część mostka wystaje niezwykle; od tego czasu to zniekształcenie mostka powoli się powiększało. Innych zaburzeń rozwoju przez pierwsze 3 lata życia nie zauważono.

Na początku 4-go roku życia, w porze wiosennej, chłopiec przeleżał w łóżku około miesiąca, ponieważ niemógł ruszyć ani ręką, ani nogą; karmić trzeba go było jak roczne dziecko; nie gorączkował; gdy po miesiącu opuścił łóżko, nie chodził, lecz czołgał się; stopniowo nanowo nauczył się chodzić. Od tego czasu nigdy już dobrze nie chodził, lecz, według określenia matki, tylko

powłóczył nogami; c o r o k n a w i o s n ę dostawał tak silnego darcia w nogach poniżej kostek, że kilka tygodni musiał przeleżeć w łóżku. Od 2-ch lat i w rękach stał się słabszy. Trzy lata temu przechodził odrę. I w roku bieżącym (1900) z nadejściem wiosny od miesiąca (od 24-go marca) nie porzuca łóżka, uskarża się na silne darcie w stopach; matka wskazuje na skrzywienie stóp, jakiego nigdy przedtem nie zauważyła; łaknienie przez ostatni miesiąc słabe; stan bezgorączkowy. Sypia źle z powodu bólu. Nogi nigdy nie puchły, zaburzeń w oddawaniu kału i moczu nie było.

Stan obecny (22-go kwietnia): dziecko bardzo chude, długość 100 ct., budowy ciała nieprawidłowej: mostek, w kierunku od góry ku dołowi, stopniowo się podnosi wraz z żebrami, pozostając płaskim. Zamiast wgłębienia czyli „dołka“ (scrobiculum cordis) istnieje wyniosłość, tworząca z powierzchnią brzucha kąt 100 — 120° (patrz. rys. 1.) Wyniosłość ta przechodzi z lewej i prawej strony w dwa wgłębienia, jakby sztucznie wyciśnięte, idące prosto wpoprzek (nie w kierunku żeber), z przodu ku tyłowi.



(Rys. 1.)

Kręgosłup nie przedstawia żadnych zboczeń. Uderza jeszcze wielkość głowy, która ma w obwodzie 54 ct. (przy długości ciała 100 ct. powinna mieć mniej niż 50 ct.), odstające duże uszy, nizkie czoło, białkówki zabarwione na żółto, twarz blado-żółta, dosyć rozumna, z wyrazem cierpienia.

Chory o własnych siłach siedzi na łóżku z nogami złożonemi na sposób turecki. Nogi wyprostować może. Stopa końska z palcami zagiętymi w stronę podeszwy; palcami nie może ruszać ani stopy zgiąć do góry. Do stawu goleniostopowego dotknąć, nie pozwala z powodu bólu. Obrzmienia na stopie i w stawie bolesnym nie widać, stopa wychudzona.

Widoczny zanik mięśni goleni; mniejszy zanik na biodrach. Całą nogę w stawie biodrowym i kolanie zgiąć może, lecz robi to z widocznym wysiłkiem, nie czując jednakże bólu w tych stawach. Odruchów kolanowych brak zupełny; drgań włókienkowych na nogach nie zauważyłem. Zmiany wyżej opisane są jednakowo wyrażone na obydwu nogach.

Jądra leżą u góry moszny, a przy próbie wywołania odruchu z m. cremaster po jednej stronie—występuje odruch nie tylko z tej samej strony, lecz również i z przeciwnej. Natomiast odruchów brzusznych brak.

Ręce dobrze podnosi do góry, zgina i prostuje w łokciu, natomiast w stawie promieniowo - napięstkowym może tylko zgiąć, wyprostować zaś, a raczej zrobić tylnego zgięcia — nie może. Przy próbie wyprostowania palców i całej dłoni—pięść przyjmuje kształt jak na rys 2, t. j. następuje zgięcie przednie w stawie promienionapięstkowym (flexio palmaris), zgięcie tylne ostatnich 4-ch



(Rys. 2.)

palców w stawach śródręczopalikowych (hyperextensio dorsalis digitorum II, III, IV et V) i zgięcie w stawach palców. Paluch zostaje wyprostowany, gdy reszta palców są złożone w postaci szponów. Doprowadzić (adductio) dużego palca do przedniej powierzchni podstawy IV-go palca—nie może. Nie udaje się mu również takie zgięcie palców, ażeby końcami palców dotknąć thenaris i hypothenaris (p. rys. 3). Widoczny zanik mięśni dłoni.



(Rys. 3.)

W innych mięśniach (tułowia i twarzy) oprócz ich słabego rozwoju nie widać zmian (siedzi, trzyma dobrze głowę, zamyka oczy, pokazuje zęby i t. d.) Zaburzeń ze strony kiszki stolcowej i pęcherza niema. C.=36,5° P.=120 do 125. Badania elektrycznością nie dokonano.

Do danych wywiadowych dodać jeszcze mogę, że brat starszy chorego umarł, mając 29 lat; zmarły z twarzy i kształtu głowy (makrocefalia) podobny był do mego chorego, miał również garb z przodu, końskie stopy, zanik mięśni rąk i od czasu do czasu bóle w kończynach (czy również na wiosnę—niewiadomo). Ów garb przedni u zmarłego zauważono również dopiero w końcu 1-go roku życia.

Ojciec i matka, jak również ich krewni, nie podlegali podobno żadnym chorobom nerwowym ani umysłowym.

Choremu zaleciłem: co drugi dzień kąpiel (28° R.) z soli kuchennej (4 f.) i Syrup. Ferri jodati.

Po kilku dniach darcie ustąpiło, w kolanach można było wywołać odruchy, bardzo słabe; chory zaczął poruszać palcami nóg; apetyt się poprawił.

7. V. 1900 Chory wyżył 180,0 Syr. Fe. jod. Siła rąk wzmogła się; odruchy kolanowe słabe. Chory zaczyna nabierać ciała. Darcia niema.

6. VIII. 1900 chory biega po podwórzu. Chodzi, dotykając ziemi tylko przednią połową stóp. Palce nóg może zgiąć do góry (extensio), całą stopę zgiąć ku góry może w nieznacznym stopniu. Odruch w prawem kolanie normalny, w lewem słabszy. Siła w rękach większa; tkanki mięśniowej nieco przybyło.

Przy wyprostowaniu całej dłoni niema już przedniego zgięcia w stawie radiocarpalis, jak było dawniej; lekki zanik mięśni widać tylko na palcach, których wyprostować zupełnie dobrze jeszcze nie może, choć i tu widać znaczną poprawę.

Opisany przypadek jest ciekawy z następujących względów: 1) choroba wystąpiła u 2-ch braci z jednakowem zniekształceniem klatki piersiowej i czaszki; 2) cały rok mój chory czuje się dobrze, tylko na wiosnę następuje nawrót choroby, pozostawiający po sobie zawsze ślady; zanik postępuje nierównomiernie okresami peryodycznymi.

Obecnie używane spluwaczki kieszonkowe dla kaszlących i ich znaczenie pod względem profilaktycznym w gruźlicy.

(Odczyt w Sekcyi przeciwgruźliczej Warszawsk. Towarz. Hyg., 24. IV. 01).

Przez Dr. **H. Dobrzyckiego** (Warszawa).

Gdyby natychmiastowe usuwanie i niszczenie plwociny wydzielanej przez suchotników było zawsze i wszędzie dokonywane, gruźlica należałaby do chorób najłatwiej i najniezawodniej opanować się dających. Jestto teza, która dziś obrony już nie potrzebuje. Niema też chyba obecnie lekarza, któryby wątpił o zaraźliwości plwociny osób gruźliczych lub przeczył stwierdzonym niezachwianie faktom, iż w ogromnej większości przypadków — bez względu na to, czy dziedzicznemu obciążeniu będziemy przypisywali rozstrzygawcze znaczenie w powstaniu choroby, czy nie— rozpylona plwocina roznosi zarazę i staje się punktem wyjścia choroby, ile razy istnieją warunki dostania się jej do ustroju, oraz warunki jej zaszczepialności.

Z łatwością rozprzestrzeniania się zarazka w plwocinie zawartego idzie w parze ogrom ulegających zarazie jednostek, stanowiących nowe źródło zarazy dla innych jednostek, te znowu dla innych, i t. d., bez końca i ograniczenia. Jestto sposób propagowania choroby przeważnie gruźlicy właściwy; bo gdy wszelkie inne, nawet najzjadliwsze infekcye, mają nieraz bardzo długie okresy swego zupełnego wygaśnięcia, to gruźlica ani na chwilę nie traci na swem natężeniu, nigdy się nie zatrzymuje w swym pochodzie i z nieubłaganym uporem rokrocznie zamyka swe rachunki stałą cyfrą ofiar wzrastającą niemal równolegle ze wzrostem zaludnienia.

W obec tak fatalnej roli, jaką odegrywa plwocina osób gruźliczych w sprawie rozprzestrzenianiu się choroby, dążenie do tego, aby nie dopuścić jej zetknięcia się z otoczeniem, i że tak powiem, uwięzić ją z chwilą, gdy wydzieloną została, powinno stanowić najpierwszy punkt w profilaktyce gruźlicy.

Drogą do osiągnięcia podobnego celu może być tylko wszędzie i zawsze stosowana zasada spluwania plwociny przez każdego kaszlącego do odpowiednich, hermetycznie zamykanych zbior-

ników, czyli spluwaczek. Z uwagi, iż osoba kaszląca może zawsze i wszędzie znależć się w konieczności wydzielenia plwociny, zbiorniki podobne winny się znajdować wszędzie, a przedewszystkiem w miejscach, gdzie naraz większa liczba ludzi się gromadzi. Wyrażenie „w s z ę d z i e" uwalnia nas od wchodzenia w szczegóły i wyliczania „g d z i e" mianowicie takie zbiorniki znajdować się winny, a nadto, czyni bezpotrzebną wzmiankę, iż zbiorników tych różne istnieć muszą rodzaje, stosownie do miejsca, w którem umieszczone zostały, że wymienimy tu tylko zbiorniki czyli spluwaczki: uliczne, ogrodowe, korytarzowe, pokojowe, przy łóżkach, kieszonkowe i t d. Najważniejsze z tych znaczenie mają niewątpliwie s p l u w a c z k i k i e s z o n k o w e; bo gdybyśmy przypuścili, że każda z kaszlących osób w spluwaczkę kieszonkową zaopatrzona została, rola wszelkich innych spluwaczek stałaby się podrzędniejszą, gdyż każdy, mając zbiornik przy sobie, niepotrzebowałby szukać spluwaczki publicznej i przyśpieszać kroku dla oswobodzenia się od plwociny.

W niniejszym artykule rozbierzemy bliżej tylko sprawę zbiorników czyli spluwaczek kieszonkowych.

Dettweilerowi, jak wiadomo, należy się zasługa, że on pierwszy obmyślił już przed 16 laty spluwaczkę kieszonkową i zwrócił uwagę na ten niezmiernej doniosłości przyrząd, bez którego żaden kaszlący ruszyć się nie powinien. Spluwaczka Dettweilera znana jest zarówno lekarzom jak i publicznoćci; uwalnia nas to od podawania jej rysunku lub szczegółowego opisu. Zaznaczymy tylko, że się składa z owalnego kształtu spłaszczonej butelki ze szkła ciemnego (zwykle niebieskiego) lub z aluminium i posiada dwa otwory: jeden szerszy, odpowiadający szyjce, zaopatrzony w szczelnie się zamykającą sprężynową metalową nakrywką, która za pociśnięciem guziczka odskakuje i odkrywa otwór do splunięcia; drugi otwór, przeciwległy pierwszemu, odpowiadający dnu zbiornika jest o połowę mniejszy i zaopatrzony również w metalowę nakrywkę chodzącą na gwintach w szkle wyrzniętych. Ta dolna nakrywka odkręca się wtedy, gdy flaszkę chcemy opróżnić z jej zawartości i przepłukać. Otwór większy, do odplunięcia przeznaczony, łączy się nie wprost z flaszką, lecz z lejkiem dość nagle się zwężającym i sięgającym ściśle do połowy wysokości flaszki. Tym sposobem plwocina przechodzi najprzód przez lejek zanim się do wnętrza zbiornika czyli flaszki dostanie; i jeżeli ilość jej

jest taka, że ona nie sięga lejka, czyli się z nim nie styka, gdy flaszka stoi pionowo, to plwocina nawet z niezamkniętej butelki, poziomo położonej, na zewnątrz się nie wydostaje, gdyż dolnego otworu lejka wtedy również jeszcze nie dosięga. Dlatego to Dettweiler w swym przepisie dotyczącym użycia flaszki zwraca uwagę na to, że z chwilą, gdy się tyle flegmy we flaszce zbierze, iż ona dosięga dolnego otworu lejka, do czego około 30 grammów plwociny wystarcza, należy flaszkę opróżnić.

Jak widzimy, przyrząd Dettweilera nie jest tak prostym przyrządem jakby się napozór zdawało, gdyż się składa: z rezerwoaru szklannego (lub aluminiowego, nawiasem mówiąc znacznie droższego) nakrywki sprężynowej, nakrywki przykręcanej, metalowego lejka, a nadto i metalowego pierścienia szyjkę flaszki obejmującego, z przyrządem sprężynowem wewnątrz do otwierania i zamykania nakrywki służącym. Jestto zatem przyrząd daleki od prostoty, która w danym razie stanowi ważny warunek i od której, jak mniemamy, rozpowszechnienie przyrządu zależy. Atoli, budując kieszonkowy zbiornik na plwocinę niema istotnej potrzeby tworzyć coś równie złożonego, i, co zatem idzie, drogiego, bo najprzód: lejek jest tu rzeczą całkiem zbyteczną; gdyż jeżeli on ma zabezpieczać od tego, aby się plwocina na zewnątrz z przyrządu nie wylewała, to czynność tę spełnia w zupełności szczelnie zamykająca się nakrywka w pokład gummy miękkiej zaopatrzona. Powtóre: gdzie lejek został uznany za rzecz konieczną w podobnym zbiorniku, tam bezwzględnie koniecznym jest drugi otwór, bo bez niego opróżnienie flaszki stałoby się niemożebnem. Mamy zatem tu dwa połączenia metalu ze szkłem, konieczność dwóch nakrywek, i dokładnego gwintów wykończenia, co cenę takiej flaszki w trójnasób podnosi. Nic też dziwnego, że flaszka Dettweilera kosztuje na miejscu w Niemczech w handlu detalicznym 3 marki, a na tuziny po 2½ marki za sztukę. U nas, flaszki o których mowa, sprzedają po 2 ruble kop. 75, lub po 3 ruble za sztukę. W obec podrożenia cła taniej takich spluwaczek nawet sprzedawać nie mogą. Już w Niemczech uważają cenę 2½ marki za bardzo wygórowaną zwłaszcza dla ludzi niezamożnych, a cóż dopiero mówić o naszej tu biedzie. Trzy ruble blizko, dla człowieka biednego u nas to poważna przecież summa, a właśnie całe nasze usiłowania winny być skierowane ku temu, aby ludzi biednych w podobne, lecz oczywiście tanie, przyrządy zaopatrzyć, boć biednych jest tysiące razy

więcej niż zamożnych. Mając ten ważny wzgląd na uwadze, zaczęto obmyślać przyrządy tańsze.

Na tej drodze fabrykant Alt [1]) zrobił pierwszy krok naprzód. Alt, mniemając, że podobna spluwaczka bez lejka obyć się nie może, i że typ Dettweilera jedynie jest racyonalnym, obmyślił flaszkę tańszą, również w swym składzie lejek zawierającą. Różni się ona głównie tem, że otwór do odpluwania flegmy nie jest zaopatrzony w hermetycznie zamykającą się nakrywkę, lecz w szklanny mundsztuk kształtem swym przypominający respirator Jeffrey'a. Mundsztuk ten jest zupełnie otwarty, i łączy się z lejkiem w taki sam sposób, jak we flaszce Dettweilera. I tu, jeśli flaszka nie jest zbyt napełnioną, t. j. jeśli plwocina nie dosięga lejka, na zewnątrz się nie wydostanie. Drugi otwór tak jak we flaszce Dettweilera służy do wydalenia plwociny i jest zaopatrzony w zamknięcie na gwintach.

Flaszka Alta kosztuje tylko jednę markę i 35 fenigów, jest więc prawie od flaszki Dettweilera o połowę tańszą. Ma ona wszelako zasadnicze braki, jako nieposiadająca od góry zamknięcia; bo jeżeli chory jest nieuważny i we właściwej porze flaszki nie opróżni, wtedy plwocina, szczególniej gdy jest płynniejsza, może się z łatwością z flaszki wylać (zwłaszcza, że flaszka jest tej konstrukcyi, iż jej postawić nie można) gdy się chory, mając ją w kieszeni, położy. Nadto, brak zamknięcia wznieca w otaczających pewne obrzydzenie i słuszną obawę, że się plwocina z niezamkniętej flaszki wyleje. Jeśli prócz tego chory oddaje plwocinę cuchnącą, a środka obezwonniającego niema pod ręką, lub go do flaszki wlać zapomni, brak zamknięcia jeszcze dotkliwiej da się uczuć. Nawet w razie, gdy chory naleje do flaszki środka woń usuwającego, to choć plwociny czuć nie będzie, natomiast zapach środka ubezwonniającego może się stać dla otaczających przykrym. I jeszcze jedna ujemna strona flaszki Alta, mianowicie, że ponieważ otwór lejka dla przyjęcia plwociny wynosi tylko 12 milimetrów, a usta osoby spluwającej z powodu znacznie odstającego od lejka mundsztuka, bliżej nad 4 centymetry do otworu przysunąć się nie mogą, przeto zdarzyć się może, i zdarza się też rzeczywiście bardzo często, że zwłaszcza lepka lub zbita plwocina nie spływa do lejka, lecz się około jego otworu zatrzymuje, co oczywiście jest rzeczą wielce niepożądaną i wręcz przeciwną zadaniu, jakie flaszka ma spełniać.

---

[1]) Alt, Eberhardt et Jäger w Ilmenau, w Turyngii.

Wszelki zbiornik, a tem bardziej zbiornik, który się ma nosić przy sobie, winien być, zdaniem naszem, hermetycznie zamykany i dla tego flaszki Alta, choć jest o wiele tańszą, polecać nie można.

Ponieważ flaszki o dwu otworach muszą być droższe, gdyż każde połączenie metalu ze szkłem podnosi cenę, przeto zaczęto wyrabiać flaszki o jednym otworze. O ile mogłem rzecz zbadać, pierwszym, który zaprojektował zbiornik o jednym otworze, był Dr. Jerzy Liebe z Braunfels. I tu możemy się obyć bez rysunku, gdyż model nie przedstawia nic złożonego i opisem zastąpić się daje. Taką flaszkę czyli zbiornik dokładnie narysowany widzieć można w katalogu C. Müllera [1]. Rysunek w tym katalogu nosi numer 5789. Jak niemal wszystkie rzeczy w Niemczech, flaszka Liebego opatentowaną została. [2]

Długość czyli wysokość flaszki o której mowa, wynosi 10 centymetrów, szerokość 7, a grubość 4 cm. Otwór, jak wspomniano, jest tylko jeden, zaopatrzony w hermetyczną nakrywkę dającą się z łatwością wraz z pierścieniem, szyjkę flaszki obejmującym, odejmować, gdyż jest na gwintach, i stanowi z rzeczonym pierścieniem jedną całość. Tym sposobem przyrząd składa się z dwóch tylko części: ze szkła, które przez wygotowanie może być dokładnie wyjałowione, i z nakrywki. Za pociśnięciem blaszki lub łódeczkowatego z blachy zrobionego jakby korytka, nakrywka odskakuje. Zamknięcie jest łatwe, tak iż jedna ręka do otwarcia i zamknięcia flaszki jest dostateczna. Opróżnienie flaszki z zawartości jest też łatwe, wnętrze bowiem jej jest gładkie, bez żadnych zagłębień lub załamków, a plwocina łatwo się oddziela, jeśli się przed myciem flaszki nie zapomni nalać roztworu dezinfekującego lub wody i dodać np. troszkę trocin lub proszku torfowego. Zamknięcie jest hermetyczne, gdyż nakrywka czyli wieczko zaopatrzone jest w dość grubą podkładkę z miękkiej gummy. Flaszka taka kosztuje na miejscu w Niemczech w cząstkowej sprzedaży markę, w tuzinie po 90 fen. za sztukę. U nas zaś flaszka Liebe'go ze względu na cło wysokie, o czem wyżej wspomnieliśmy, kosztuje 75—80 kopiejek.

---

1) Gummiwaarenfabrik Actien-Gesellschaft, Berlin N. O.

2) Taką samą flaszkę wyrabia firma V. Poncet, Glashütten-Werke Berlin S. O. 16, Köpnickerstr. 54. Szczegółowy opis flaszki Liebego znajduje w czasopiśmie „Zeitschrift für Krankenpflege № 4 r. 1898.

W tem miejscu nasuwa się pytanie, czy nakrywki odskakujące, w których skład muszą wchodzić dwie sprężynki, nie dałyby się zastąpić innemi, bez sprężynek?

Na to pytanie daje odpowiedź doświadczenie, że nie, i że wszelkie inne nakrywki, t. j. nakrywki bez sprężynek, lubo by były znacznie tańsze, jednakże byłyby niepraktyczne, gdyż dla otwarcia i zamknięcia flaszki bez sprężynowego urządzenia, trzebaby bezwarunkowo użyciu obu rąk. Okoliczność ta zdaje się małoznacząca a jednak ważna; przy użyciu bowiem jednej ręki chory może niemal niespostrzeżenie flaszkę otworzyć i zamknąc, niekrępucąc się obecnością innych osób, ani też zwracając na tę czynność czyjejś uwagi, co przy użyciu rąk obu jest niemal niemożebne.

Niezadowolony z flaszki Liebe'go Dr. Axmann z Erfurtu obmyślił **nową** flaszkę i w artykule zatytułowanym: Eine neue sterilisirbare „aseptische" **Flasche** für den Auswurf (Deut. Med. Wft. № 12 r. 1900) ją opisał. [1])

Ale, niestety, po sprowadzeniu flaszki Axmann'a niebawem się przekonałem, że flaszka ta nie jest tańsza od poprzednich, a co ważniejsza, że pod względem praktyczności stoi o wiele niżej od wszystkich dotąd znanych.

Przedewszystkiem flaszka ta trudniej się wyjaławia niż inne, gdyż metalowy pierścień otaczający szyję flaszki nie jest na gwintach, lecz wtopiony w szkło, a więc na stałe z flaszką złączony. Ponieważ zaś pierścień ten ma zagłębienia i szpary w punkcie złączenia się ze szkłem, przeto w zagłębieniach tych mogą zalegać niedostrzeżone okiem cząstki plwociny. Trzeba więc taką flaszkę często wygotowywać, gdy tymczasem we flaszce Liebe'go, odjąwszy nakrywę wraz z pierścieniem, mamy z samem tylko szkłem do czynienia, które o wiele łatwiej jest oczyścić, niż szkło z którem metalowy pierścień na stałe jest złączony. A wreszcie, co tu o sterylizacyi wiele mówić. Przecież o sterylizacyi w n ę t r z a flaszki mowy być nie może, gdyż po pierwszem splunięciu już ono ulega zakażeniu. Zatem chodzi tu o p o w i e r z c h n i ą przyrządu jako w ciągłem zetknięciu z otoczeniem będącą. Nie sądzę, aby taki zbiornik potrzebował innej sterylizacyi niż np. szklanka lub talerz po suchotniku. Pogrążenie w ukropie na czas pewien zbiornika, o którym mowa, i staranne potem jego wypłukanie w wodzie, może wystarczyć, gdyż znowu nie trzeba chorego krępować

---

[1]) Flaszkę tę wyrabia firma I. S. Römpler w Erfurcie.

zbyt złożonymi przepisami sterylizacyę na celu mającymi. Wracając zaś do Axmana, zaznaczyć należy, że to co on w swej flaszce za najlepsze (t. j. łatwość wyjaławiania) uważa, w gruncie rzeczy najsłabiej się przedstawia. Powtóre: flaszka tego autora posiada t. z. bagnetowe zamknięcie. Chcąc więc ją otworzyć lub zamknąć, trzeba zrobić pewien ruch obrotowy nakrywą, następnie natrafić na dwa sztyfty wystające na pierścieniu, i wreszcie zrobić ruch odciągający pokrywę. Chcąc flaszkę zamknąć, trzeba też same czynności powtórzyć, lecz oczywiście w porządku odwrotnym. Że do tych czynności trzeba mieć wolne obie ręce, jestto jasne. Dla chorego osłabionego, zwłaszcza takiego, któremu się ręce trzęsą, manipulacya ta jest bardzo uciążliwa; nakrywka może mu wypaść z ręki, a wtedy wylanie się zawartości flaszki jest nieuniknione. Nadto, wcięcia znajdując się na nakrywce zrobionej z blachy, czepiają się ubrania gdyż są ostre, co także nie stanowi zalety. Flaszka więc Axmana pod każdym względem stoi niżej od wszystkich innych i wyróżnia się wzorową niepraktycznością.

Lubo flaszkę Liebe'go można uważać w porównaniu z innemi za najlepszą pod wielu względami, niemniej nie jest ona wolną od zarzutów. Mianowicie, ma cokolwiek za mały otwór, gdyż ten wynosi tylko 28 milimetrów, a nadto, jest ona, szczególniej u nas, jeszcze za drogą. W Niemczech kosztuje na nasze pieniądze około 45 kopiejek, u nas zaś do 80-ciu.

Pragnąc te obiedwie wady usunąć, zachęciłem naszych fabrykantów do wyrobu podobnych spluwaczek w tem przekonaniu, że jeżeli się da choć o tyle cenę zniżyć ile wynosi cło, już to będzie miało duże znaczenie, gdyż udostępni nabycie kieszonkowych spluwaczek ludziom biedniejszym, a przez to stanie się bliższem osiągnięcia celu.

Udało mi się też miejscowymi środkami flaszkę u nas wyrobioną otrzymać. Typ flaszki przyjąłem Liebe'go, a flaszka przezemnie zmodyfikowana jest wogóle w wymiarach o pół cm. większą, ma otwór 32 milimetry wynoszący, co ściśle odpowiada średnicy miedzianej dziecięciogroszówki, i jest 33% tańszą, kosztuje bowiem nie całe 50 kopiejek.

Ale i to, jak na nasze stosunki, jest jeszcze za drogo. Powinniśmy się przeto starać o coś o wiele tańszego, coby ceny kilkunastu kopiejek, dajmy na to złotówki, nie przechodziło. Atoli, obmyślenie kieszonkowej spluwaczki, któraby odpowiadała wszelkim warunkom a mianowicie: któraby była 1-o praktyczną

w użyciu, 2) dała się łatwo czyścić 3) była trwałą i 4) tanią — należy do zadań bardzo trudnych, gdyż o ten ostatni warunek t. j. o to, aby była tanią, wszystko się rozbija. Z tego względu uważałbym za bardzo właściwe, aby Warszawskie Towarzystwo Hygieniczne ogłosiło konkurs na najlepszą i tanią zarazem spluwaczkę kieszonkową, zapewniając wynalazcy znaczną nagrodę, z warunkiem, aby się zrzekł opatentowania swego wynalazku, gdyż wtedy nałożenie większej ceny na flaszkę lub niedozwolenie kopiowania jej, utrudniłoby znacznie jej rozpowszechnienie. Dopóki spluwaczka, o której mowa, nie będzie dostępna w swej cenie dla ludzi najbiedniejszych, dopóty o profilaktyce gruźlicy na szerszą skalę mowy nawet być nie może. O zadość uczynieniu tej naglącej potrzebie należałoby w sposób poważny pomyśleć, nie spuszczając nigdy z uwagi tego cośmy na początku obecnej notatki wypowiedzieli, że gdyby natychmiastowe usuwanie i niszczenie plwociny wydzielanej przez suchotników było zawsze i wszędzie dokonywane, gruźlica należałaby do chorób najłatwiej i najniezawodniej opanować się dających.

Towarzystwa Lekarskie.

Zebrania lekarskie w Kutnie i Łęczycy, w 1900 r.

W ciągu r. 1900 (w roku siódmym istnienia naszych zebrań) odbyło się posiedzeń 4 (w Marcu, Maju, Październiku i Grudniu), z tych 2 w Kutnie i 2 w Łęczycy. W zebraniach brało udział 17 kolegów (5 z Łęczycy, 4 z Kutna, 2 z Żychlina, 2 z Ozorkowa i po 1 z Krośniewic, z Borucic, Włocławka i Uniejowa.) Na 4 posiedzeniach odczytano i przedyskutowano 14 referatów (przez 7 autorów), a mianowicie:

I. F. Arnsztejn (Kutno). O kaszlu gardzielowym, t. j. zależnym od cierpienia jamy nosowej i nosogardzielowej. Kaszel gardzielowy szczególnie często spostrzega kol. A u ludności izraelickiej; w rzędzie przyczyn wylicza przerost migdałów, przewlekły śluzowo-ropny nieżyt jamy nosogardzielowej, wyrośle adenoidalne; u dzieci cierpienia te powstają na tle zołzów, u doro-

słych pod wpływem nadużycia tytoniu, napojów wyskokowych, po influenzie i innych chorobach zakaźnych. Kol. A. zaznacza, że kaszel gardzielowy często bywa źródłem pomyłek rozpoznawczych i błędnego rokowania i wobec tego zaleca szczególną uwagę przy zbieraniu wywiadów, przy badaniu przedmiotowem i podmiotowem; przy wywiadach ważne znaczenie ma długość trwania kaszlu, występowanie napadowe, głownie w nocy i nad ranem, uczucie drapania w gardzieli, bezskuteczność środków wewnętrznych i t. p.; przy badaniu przedmiotowem przerost migdałów, suchy lub śluzoropny nieżyt tylnej, ściany jamy nosogardzielowej; przy rozpoznaniu różniczkowem pamiętać należy, że u dzieci kaszel gardzielowy jest bardzo podobny do kaszlu krztuścowego, często ma charakter krtaniowo-krupowy; u dorosłych kaszlowi gardzielowemu towarzyszy nieraz krwioplucie rzekome, co daje powód do przypuszczenia rozpoczynającej się np. sprawy gruźliczej. W końcu kol. A. podaje kilka ciekawych przypadków kaszlu gardzielowego, w których przez czas dłuższy rozpoznanie było niepewne, a nawet błędne, bo podejrzewano nawet gruźlicę płuc. W dyskusyi kol. Troczewski zwraca uwagę na często zdarzający się nieżyt tchawicy (tracheitis) szczególnie u palących i połączony z tem cierpieniem ciężki, uporczywy kaszel. Kol. Handelsman zaznacza, że bywają i kaszle nerwicowe z charakterem kaszlu gardzielowego. Kol. Łukasiewicz spostrzegał u 7 letniego chłopca oddawna trwającą wieczorną sapkę, połączoną z ciężkimi objawami ogólnymi, jak niespokojny sen, rzucanie się w łóżku, krzyki, bredzenie i t. p.; przyczyną tego cierpienia był przerost muszli nosowych. Kol. Wieczorkiewicz zwraca uwagę, że gdy kaszel u dzieci zależy od wyrośli adenoidalnych, występuje najczęściej w położeniu leżącem chorego. Kol. Orłowski zna przypadki, gdzie u dzieci występował kaszel z charakterem krupowym, pomimo że w gardzieli i kstani żadnych zmian nie było; w przypadkach tych wszelkie leczenie nie pomagało, po zastrzyknięciu zaś surowicy przeciwbłoniczej kaszel taki szybko przechodził. Kol. Bernhardt jest tego zdania, że przy niepewnem rozpoznaniu krupu nigdy nie należy wstrzykiwać surowicy; brak prodromów i wogóle nagły początek przemawia zawsze za krupem fałszywym; dalej kol. B. zarzuca, że błonica wstępująca (d. ascendens) występuje bardzo rzadko, tylko wyjątkowo zdarzać się może. Kol. B. spostrzegał przypadek, gdzie chłopiec 8 letni zachorował na odrę, po przejściu jej zjawiła się chrypka, przyczem badanie gardzieli dało wynik zupełnie ujemny; po upływie dni paru objawy stenozy znacznie silniejsze; kol. B. stanowczo jednak wyłączył błonicę, tymczasem na 1 dzień przed smiercią wystąpiły naloty blonicowe w gardzieli. W 2-gim przypadku początkowo była błonica w jamie nosogardzielowej, a później dopiero w gardzieli; po zastosowaniu surowicy wyzdrowienie. Kol. Wieczorkiewicz zwraca uwagę, że błonica w jamie nosogardzielowej może przez czas długi przebiegać skrycie i często przyjmuje charakter bardzo złośliwy. Kol. W zadaje pytanie, czy prawdziwy krup bywa wyleczalny samodzielnie. Kol.

Bernhardt uważa krup za chorobę sui generis, która może być wyleczona za pomocą wczesnej tracheotomii; podług kol. B. nie jest to choroba infekcyjna ogólna, a tylko miejscowa i nic wspólnego z błonicą niema. Kol. Górski spostrzegał epidemie błonicy, podczas której w wielu wypadkach istniało wyłącznie zajęcie krtani, to samo potwierdza i kol. Troczewski, zaznaczając, że przemawia to na korzyść poglądu, iż krup i błonica stanowią tę samą sprowę chorobową z różnem jedynie umiejscowieniem. Kol. Arnsztejn zaznacza, że w czasach przedsurowiczych wszystkie przypadki, w których rozpoznawano krup, kończyły się śmiercią.

II. A. Troczewski (Kutno). Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia nieurazowego (Drukowane w Gazecie Lekarskiej R. 1901 № 5, 6, i 8). W dyskusyi kol. Arnsztejn zaznacza, że wobec nagromadzenia przypadków analogiczuych, gdzie pneumokokki i inne bakterye wywołują ropnie pierwotne bez istnienia właściwej choroby ogólnej, i w danym przypadku nie można bezwzględnie wyłączyć możliwości powstania ropnia wątroby pod wpływem lasecznika duru brzusznego. W przypadkach ropni wątroby sfer podzwrotnikowych początkowo ropnie te uważano za wtórne; w ostatnich czasach przyjmują, że bezwarunkowo istnieją ropnie pierwotne. Przypadek kol. T., zdaniem kol. A., należy do bardzo ciekawych ze względów dyagnostycznyeh, mianowicie możności wczesnego rozpoznania.

III. Żywanowski (Łęczyca) Przypadek monstri Kol. Z. wezwany był do 37 letniej kobiety, będącej po raz 8 w ciąży, która obecnie dobiega 7 miesiąca; przy badaniu znaleziono: brzuch duży, wzdęty, wyczuć części odzielnych płodu nie można, ruchy płodu są; powzięto podejrzenie istnienia hydramnion i bliźniąt; po upływie pewnego czasu brzuch jeszcze więcej napięty, u chorej zjawiła są; silna duszność; kol. Z radził wtedy wywołanie porodu przedwczesnego, na co jednak chora zgodzić się nie chciała; zalecono wtedy kąpiele; po upływie dni 3 zaczęły odchodzić wody i w ciągu 2 miesięcy brzuch zmniejszył się do połowy objętości, przyczem łatwo wyczuć było można oddzielne części płodu. W 9 miesiącu rozpoczął się poród, pęcherz przerwano i znaleziono jako część przodującą-główkę, w 10 minut poród ukończony. Urodził się żywy potworek ze zboczeniami następującemi: nosa niema wcale, oczów również niema zupełnie, a tylko pośrodku dolnego brzegu czoła istnieje dołek stanowiący pustą orbitę; jedno ucho prawidłowe, drugie zacządkowe; nad czołem istnieje wielka guzowatość jakby druga głowa, na górnej powierzchni tej guzowatości duży otwór kwadratowy; tułów zupełnie prawidłowy, noworodek był dość silny, żył 2 dni.

IV. Zywanowski (Łęczyca) Przypadek tężca przyrannego. Chory zraniony został przy maszynie rolniczej w okolicy łokcia, rana poszarpana; leczył się początkowo w domu, po upływie zaś 2 tygodni przywieziony został do szpitala. Rana brudna, pokryta nalotami; pod wpływem opatrunków odpowiednich oczyściła się po kilku dniach i zaczęła się goić prawidłowo; po

upływie znowu dni kilku u chorego zjawia się ból gardła, a zaraz potem trismus i opistotonus; następnego dnia 3 napady drgawek, które przy lawatywach z chloralu po 2 dniach przeszły, pozostał tylko trismus; już następnego jednak dnia znowu kilka napadów tężcowych, sinica i ciężki stan ogólny; nazajutrz chory zmarł. Kol. Z. zapytuje, kiedy w danym przypadku mogło nastąpić zakażenie. Kol. Bernhardt zaznacza, że okres inokulacyjny w tężcu może trwać do 4 tygodni.

V. F. Arnsztejn (Kutno) opisuje następujący przypadek bradycardiae: Chory podczas dźwigania ciężarów dostał napadu stenokardii i już o własnej sile nie mógł przyjść do domu; przy badaniu chory skarży się głównie na ból w piersiach; kol. A. znalazł tętno bardzo zwolnione, liczba uderzeń wynosiła dwadzieścia kilka na minutę, przyczem w tym stanie tętno pozostawało przez tydzień. Po upływie tygodnia, mając się już nieźle, dostał jakiegoś napadu gastralgicznego i z tego powodu wyżył kilka dawek morfiny; już dnia następnego tętno było 60; chory wyzdrowiał zupełnie. Kol. A. przypuszcza, że poprawa nastąpiła tu na skutek działania morfiny. W dyskusyi kol. Bernhardt zaznacza, że bradykardia wskazuje prawie zawsze na zmiany w tętnicach wieńcowych serca; co się tyczy morfiny, to kol. B. zgadza się, że w napadach stenokardyi działa ona kojąco, ale pamiętać należy, że napady te, po usunięciu morfiny, wracają o dawnej sile.

VI. J. Handelsman (Kutno) Przypadek guza w jamie brzusznej, samodzielnie wyleczony z demonstracyą chorej. Kol. Handelsman tę samą chorą przed rokiem przedstawiał na zebraniu lekarzy w Kutnie, miała ona wtedy duży guz w jamie brzusznej, niejasnego pochodzenia. Pacyentkę po raz pierwszy kol. H. widział przed 2 laty, jako ciężko chorą, z objawami jak gdyby ostrego zapalenia otrzewny; objawy te po upływie dni 5 złagodniały pod wpływem zaleconego leczenia, co umożliwiło szczegółowe zbadanie jamy brzusznej, przy którem znaleziono poniżej wątroby guz wielkości małej główki dziecka, sprężysty, dość ruchomy, bez żadnego związku z narządami rodnemi. Po upływie 2 tygodni chora czuła się tak dobrze, że oddała się zwykłym swym zajęciom, w okolicy jedynie gruza powstała bolesność nieznaczna; po upływie 2 miesięcy, przed mającą nastąpić miesiączką, powtórzył się znowu napad jakby ostrego zapalenia otrzewny i trwał dni 3, guz powiększył się nieco; wogóle z ciągu pierwszego roku 4 krotnie powtarzały się objawy podobne, za każdym razem guz się powiększał, był bardzo wtedy bolesny i mniej ruchomy. Chorą badał w Warszawie kol. B. Sawicki (chirurg) łącznie z bratem kol. Handelsmana ginekolegiem, natury jednak guza koledzy ci stanowczo określić nie mogli; proponowali operacyę, na którą chora nie zgodziła się, powróciła do Kutna i wtedy kol H. po raz pierwszy chorą przedstawił na zebraniu lekarzy w Kutnie. Kol. Troczewski przypuszczał, że guz jest fibromyomatem i radził operacyę, nie uważając jej za bezwzględnie ko-

nieczną; zalecono chorej wodę Marienbadzką i kąpiele słone. Przy tem leczeniu, po upływie 6 tygodni guz widocznie zaczął się zmniejszać, stał się niebolesny; po upływie 2 miesięcy, przed mającą nastąpić miesiączką znowu wystąpiły objawy otrzewnowe, mniej jednak gwałtowne i guz powiększył się nieco. Przypadłości podobne powtórzyły się jeszcze w ciągu 2-go roku 4 krotnie, od 2 zaś miesięcy guz szybko zmniejszać się zaczął i obecnie prawie nieistnieje. Na wspólnej naradzie z kol. Troczewskim rozstrząsana była natura guza, przyczem kol. H. i T. stawiali następujące przypuszczenia: otorbiony wysięk okołomaciczny, uległy wessaniu; wodonercze z opróżnieniem zawartości przez drogi moczowe; cierpienie pęcherzyka żółciowego. Dyskusya. Po zbadaniu chorej wszyscy obecni koledzy przyznali, że guz istotnie zniknął zupełnie, ale natura jego pozostaje niewyjaśniona.

VII. Bernhardt E. (Łęczyca) Krup i dyfteryt w świetle najnowszych poglądów nauki (Rzecz ta wygłoszona była na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900. (P. Gazeta Lekarska № 17 1901).

VIII. Nawrocki (Łęczyca) Przypadek jednoczesnego zakażenia płonicą i durem brzusznym. Chory, 18 letni uczeń seminaryum w Łęczycy, zachorował nagle przy T. 40,0 bólu głowy i nieżytowem zajęciu błony śluzowej gardzieli; następniego dnia charakterystyczna wysypka płonicowa na tułowiu kończynach; rozpoznano płonicę. Wysypka i zajęcie gardzieli po upływie 2 dni znikły bez śladu, pozostał ból głowy i gorączka w następstwie stała (febr. continua) z nieznacznymi spadkami rannymi (38—39,6°); po tygodniu przyłączyły się zaburzenia ze strony kanału pokarmowego, jako to suchy język, wzdęcie brzucha, przelewania w okolicy biodrowej prawej, biegunka (po kilkanaście razy dziennie), wreszcie—obrzmienie śledziony, nieznaczna różyczka i zajęcie sensorii. Zjawiła się wątpliwość co do rozpoznania pierwotnego, gdyż obecnie istniały niewątpliwe objawy duru brzusznego; jednakże w końcu 3 tygodnia choroby nastąpiło charakterystyczne łuszczenie naskórka, który całymi płatami można było zdzierać w różnych okolicach ciała (desquam. membran.), w moczu znaleziono białko. Dalszy przebieg choroby, z wyjątkiem typu gorączki, która przyjęła charakter odwrotny (typus inversus) w niczem nie różnił się od zwykłego przebiegu duru brzusznego. Pomiędzy 8 a 9 tygod. od początku zachorowania nastąpił okres spadku ciepłoty, per lysin, poczem chory wstąpił w okres zdrowienia. W dalszym ciągu swej pracy kol. N. przytoczył znane mu z literatury przypadki symbiozy zarazków chorobotwórczych.

IX. E. Bernhardt (Łęczyca) Przypadek „Mycosis fungoides" (Grzybnica gąbczasta) z demonstracyą chorego (Ciekawy ten niezmiernie przypadek drukowany będzie w jednem z naszych czasopism lekarskich w r. b.)

X. Łukasiewicz F. (Ozorków) Przypadek promienicy w jamie brzusznej. Chory lat 42, przed rokiem

uskarżał się na bóle w okolicy kiszki ślepej; przy badaniu wówczas kol. Ł. znalazł in reg. ileo-coecali guzik twardy, bolesny, głęboko położony; stan bezgorączkowy, wypróżnienia prawidłowe; rozpoznanie narazie — appendicitis incipiens. Chorego dopiero po upływie $1/2$ roku kol. Ł. widział ponownie, miał on już wtedy zrobioną w Łodzi operacyę z cięciem w dole biodrowym prawym, na czem jednak operacya ta polegała kol. Ł. od chorego dowiedzić się nie mógł; po operacyi tej pozostały 3 niegojące się przetoki — dwie in reg. ileo-coecali, jedna w prawej zewnętrznej okolicy biodrowej; od czasu operacyi upłynęło 6 tygodni. Przy badaniu kol. Ł. znalazł guzowatość in reg. ileo-coecali i obszerne nacieczenie in reg. os. ilei dex-; ze wspomnianych przetok wypływała wydzielina rzadka z żółtawemi, twardemi grudkami; brzegi przetok nierówne, blizny delikatne, rozpadające się, z drobnymi ropniami, zawierającymi charakterystyczną ropę z grudkami. Kol. Ł rozpoznął promienicę. Chory udał się do Wrocławia, gdzie po drobnowidzowem zbadaniu ropy, rozpoznano niewątpliwie promienicę; chorego nie operowano, lecz odesłano do domu z zaleceniem przeprowadzeniu kuracyi jodowej (K.J.). Leczenie to wyraźnego polepszenia dotąd nie przynosi, dawne nacieczenia zwiększają s,ę, wytwarzają się nowe, stan ogólny coraz gorszy, charłactwo coraz wybitniejsze.

W dyskusyi kol. Orłowskł zwraca uwagę, że chory ten przed wspomnianą chorobą miewał przetoki zębowe na dziąsłach. Na zapytanie kolegów obecnych, jak często zdarzają się przypadki promienicy u zwierząt, lekarz weterynaryi Małczyński odpowiada, że promidniaa zdarza się prawie wyłącznie u bydła rogatego, najczęśbiej pod postacią guzów na szczęce; wyleczenie jest bardzo wątpliwe; sztuki takie przeznacza się na rzeź, gdyż według przepisów obowiązujących mięso zwierząt, dotkniętych promienicę, dozwolone jest eo użycia, promienica rzadko bywa u koni. Kol. Troczewski zwraca uwagę na niewłaściwość przepisów podobnych, nigdy bowiem nie można być pewnym, czy u zwierzęciaj dotkniętego promienicą szczęki, niema również promienicy Bernhardt zaznacza, żs pod tym względem wogóle przepisy weterynaryjne są bardzo dziwne, gdyż nawet w Prusach dozwolona jest sprzedaż np. mięsa grużliczego.

XI. Nawrocki (Łęczyca) Przypadek anginae tonsillaris catharralis epidemicae et endocarditidis We Wrześniu 1900 r. pomiędzy uczniami seminaryum nauczycielskiego w Łęczycy panowało epidemicznie zapalenie migdałów i gardzieli; pomiędzy innymi zachorował 19 letni uczeń, osoba z nntury wątły; choroba po upływie dni 3 ustąpiło zupełnie, po tygodniu jednak nastąpił nawrót choroby, przy ciepłocie 39,0° i przy zwykłych objawach miejscowych. Przy badaniu chorego kol. N. zauważył przerażającą bladość powłok, szczeg. twarzy, tętno nieregularne, 60 uderzeń na minutę, silne rozlane uderzenia serca i wstrząsające tętnienie tętnic szyjowych i podobojczyko-

wych; przy wysłuchiwaniu wyraźny szmer tętniczy (fremissement cataire); badanie serca wykazało szmer rozkurczowy przy wierzchołku i powiększenie obszaru serca w kierunku poprzecznym. Po upływie jeszcze 3 dni przyłączył się szmer rozkurczowy nad aortą; w pozycyi chorego leżącej występował wyraźny szmer skurczowy nad wierzchołkiem; tętno stało się miarowe 90 uderzeń na minutę, ciepłota w ciągu tego czasu 37,8—38,6 rano i 39,0—39,6⁰ wieczorem. Podmiotowo chory uskarża się jedynie na osłabienie i lekką duszność przy chodzeniu. Rozpoznano zapalenie wsierdzia zastawkowe (Iusuff. v. mitral et Stenos. ost. ven. sin., Insuff. v. semil. aortae.) Dodać należy, że przed ostatnią tą chorobą, chory nigdy żadnych objawów cierpienia serca nie miał. Zdaniem kol. N. zapalenie wsierdzia w danym przypadku jest w ścisłym związku przyczynowym z zapaleniem gardzieli; taką łączność genetyczną obydwóch tych cierpień potwierdzają i dość liczne dane z literatury.

W dyskusyi kol. Troczewski zaznacza, że chory ten cierpiał w dzieciństwie na gościec, po którym mogły wytworzyć się nieznaczne zmiany wsierdzia, a po ostatniej chorobie nstąpiło obostrzenie dawnego cierpienia. Kol. Bernhardt przy badaniu wyżej wzmiankowanego chorego znalazł znaczny stopień rozedmy płuc; powiększenia serca w kierunku poprzecznym nie znajdywał, natomiast wydatny ictus, wydatne fremissement cataire, szmery rozległe i wyraźne, znaczne elongatio serca, co przemawia za prawdopodobnem wytworzeniem się insuff. V. V. aortae; związek anginae c. endocarditite wydaje się kol. B. niewątpliwym, jakkolwiek nie wyłącza, że zapalenie wsierdzia mogło istnieć już dawniej po przebytym gośćcu. Kol. B. zwraca uwagę, że ciekawem będzie, jakie zmiany powstaną w przyszłości, gdy chory wyzdrowieje, jaka wada wytworzy się ostatecznie. Kol. Nawrocki sądzi, że już obecnie wada wytworzyła się na stałe, zapytuje również, dlaczego w leżącem położeniu chorego szmery były słyszalne, a w stojącem znikały? Kol. Bernhardt sądzi, że odgrywała tu rolę zmiana warunków statycznych w działalności mm. papillar. cordis; kol. B. sądzi, że w danym przypadku istnieje endocarditis verrucosa, że teraźniejsze objawy nie są jeszcze oznaką wyraźnie zdecydowanej wady serca, lecz jeszcze postępującego zapalenia wsierdzia.

XII. A. Troczewski (Kutno) Przypadek niezwykle rozległego wgłobienia kiszek z demonstracyą preparatu (Przypadek ten podany będzie do jednego z czasopism lekarskich.)

XIII. Bernhardt E. (Łęczyca) Przypadek wrzodu dziurawiącego dwunastnicy. Kol. B. wezwany został przed 4 tygodniami do p. N. N., który na kilka dni przedtem nagle i ciężko zachorował; chorego zastał bez tętna, z wyrazem twarzy jak przy zapaści, skarżącego się na szalony ból w brzuchu; przy badaniu znaleziono: okolica żołądka nadmiernie widęta, kształtu klepsydry, głównie powyżej pępka; najmniejsze dotknięcie w tej okolicy wywołuje gwałtowny, szalony ból; wątroba przemieszczona

nazewnątrz, śledziona również; chory skarży się na ciągłe mdłości, poprzednio miał wymioty, po zażytym przed przyjazdem kol. B. ot. rącznikowym było obfite wypróżnienie. Dodać należy, że chory jest to osobnik mało intelligentny, lat 42, lubiący dobrze i dużo jeść, a nieraz po parę tygodni nie mający wypróżnień. Kol. B. wobec powstania zapaści, wzdęcia i szalonego bólu w brzuchu rozpoznał ulcus duodeni, uległy przediurawienie, przypuszczając jednocześnie, że już dawniej potworzyć się musiały zrosty, oddzielające tę część jamy brzusznej od pozostałej i że dlatego właśnie wzdęcie wystąpiło tylko w górnej części jamy brzusznej. Następnego dnia chorego widział kol. B. wspólnie z kol. Nawrockim; stan ogólny lepszy, tętno pełniejsze, wzdęcie w okolicy żołądka jeszcze jest, ale mniejsze; w następstwie chory, przy stosowaniu makowca i odpowiedniej dyecie czuje się coraz lepiej, wypróżnienia prawidłowe, wzdęcie coraz mniejsze, bóle ustępują, wogóle można spodziewać się wyzdrowienia.

XIV. F. Arnsztejn (Kutno) Kilka słów o użyciu aspiryny w ostrym gośćcu stawowym i stanach pokrewnych. Kol. A. stosował aspirynę w 6 przypadkach ostrego gośćca stawowego, niepowikłanego, w 4 przyp. obostrzenia przewlekłego gośćca stawowego powikłanego zapaleniem wsierdzia, lub wadami zastawek, w 3 przypadkach ostrego gośćca mięśniowego, w 2 przypadkach rwy kulszowej i w licznych przypadkach bólów mięśniowych i stawowych. Na mocy swych spostrzeżeń kol. A. wyprowadza wnioski następujące: 1) aspiryna pomyślnie wpływa na przebieg ostrego gośćca stawowego, usuwając szybko objawy chorobowe, lecz pod tym względem niema żadnej wyższości nad Salicylanem sodu; 2) jest ona doskonale znoszona przez chorych, nie sprowadzając żadnych wpływów ubocznych i pod tym względem przewyższa salicylan sodu. 3) na czynność serca nie wywiera wpływu ujemnego, może być bez szkody stosowana przy powiklaniach gośćca przez wady zastawek i pod tym szczególnie względem ma wyższość i pierwszeństwo przed salicylanem sodu; 4) aspiryna posiada wybitne działanie przeciwbólowe i pod tym względem przewyższa salicylan sodu; 5) aspiryna powinna znaleźć zastosowanie wszędzie tam, gdzie salicylan sodu z jakichbądź powodów jest źle znoszony; 6) szczególnie zaś wskazana jest aspiryna przy powikłaniach gośćca stawowego przez zapalenie wsierdzia, osierdzia, wady zastawek i osłabienie czynności serca.

W dyskusyi kol. Wolberg (Włocławek) zaznacza, że stosował aspirinę w ostrym gośćcu stawowym i w kilku przypadkach gośćca mięśniowego, lecz nie widział wcale skutków pomyślnych od leku tego, natomiast w tych samych przypadkach nierównie skuteczniej działał salicylan sodu. Kol. Troczewski zwraca uwagę, że wobec tego, iż aspiryna rozszerepia się w kiszkach, wydzielając kwas solicylowy, zatem pod względem wpływu swego na serce i wogóle pod względem działania ubocznego nie powinna się różnić od kw. salicylowego. Kol. Bernhardt zwraca uwagę, że przy ostrym gośćcu stawowym daleko lepiej niż salicylan sodu

działa czysty kw. salicylowy; prócz potów i chwilowego osłabienia, żadnych działań ubocznych przy użyciu tego leku kol. B. nie widywał. Kol. B. dziwi to, że w ostrych przypadkach gośćca tak mało używany jest kw. salicylowy, wobec tego, że solicylan sodu działa często zawodnie, kol. B. stosuje kw. salicylowy w dawkach 0,5 co 1 godz. w pierwszych dniach choroby, a później 3 razy dziennie po 0,5. Kol. Arnsztejn zapytuje, czy kto widział dobre wyniki przy zewnętrznem stosowaniu w maści kw. salicylowego w cierpieniach gośćcowych. Kol. Troczewski stosował często kw. salicylowy w tej formie po przejściu ostrego okresu gośćca stawowego, gdy pozostawały uporczywe obrzmienia i bolesność pewnych stawów; w tych przypadkach maść salicylowa prawie zawsze działała skutecznie i przyśpieszała restitutio ad integrum stawów.

Prócz powyższych referatów demonstrowano na posiedzeniach ciekawszych chorych i komunikowano sobie ustnie liczne spostrzeżenia z praktyki.

Kutno 24 Marca 1901 r. *A. Troczewski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 20 Marca.

1) Kol. J. Kohn przedstawił foetus papyraceus. Rodząca po raz drugi L., po powiciu dziecka żywego donoszonego urodziła łożysko, po którego odejściu K. zauważył płód spłaszczony, odpowiadający mniej więcej 4 miesiącowi ciąży—główka oraz kończyny górne i dolne, nawet kości czaszki bardzo wyraźne. Płod ten znajdował się w osobnym worku płodowym. Z wywiadów zaznaczyć należy, że L., będąc w 4 miesiącu, wypadła z bryczki i silnie się potłukła.

2) Kol. Goldblum (demonstracya). Przypadek afazyi ruchowej (motorische Aphasie) pochodzenia funkcyonalnego. Chłopiec trzyletni przed dwoma tygodniami spadł z krzesła z wysokości 2-ch łokci. Przytomności nie stracił; na głowie śladów uderzenia nie było. Bólu głowy nie miał. Prawdopodobnie upadł na ręce, gdyż, będąc pytany co go boli, wskazywał na palce obydwóch rąk. Wkrótce po upadnięciu położył się spać i dopiero nazajutrz rodzice zauważyli, że dzieciak, który przedtem odznaczał się gadatliwością, teraz prawie wcale nie mówi, od czasu do czasu tylko, z widocznym wysiłkiem, dowolnie wymawia pojedyncze bardziej używane słowa jak: mama, daj mi, chleb, woda i t. p.; na pytania zaś wogóle nie odpowiada, jak również nie może powtarzać podpowiadanych mu słów. Natomiast chory rozumiał wszystko, co się do niego mówiło, i wykonywał wszystko, czego od niego żądano. Stan ten po jednorazowej farayzacyi poprawił się o tyle, że chory dobrowolnie częściej i więcej d

słów wymawia, ale powtarzanie tego, co słyszy, jest niemożliwe. Mamy więc tutaj objawy niemoty, przy której „ośrodek obrazów dzwiękowych“ (Lautcentrum, Klangsbildcentrum), jak również „ośrodek świadomości mowy“ (Begriffscentrum) działają normalnie —chory bowiem słyszy, rozumie to co słyszy, i odpowiada na to świadomymi i celowymi ruchami; nie może natomiast powtarzać podpowiadanych mu słów, a mowa dobrowolna zredukowana jest do kilku pojedyńczych wyrazów. Te ostatnie objawy świadczą o nienormalnem działaniu „ośrodka ruchów mowy“ (Sprachbewegungscentrum, Sprachmuskelcentrum), który znajduje się w 3 lewym zakręcie czołowym, tak zwanym Gyrus Broca. Brak wszelkich objawów mózgowych, etyologia i przebieg cierpienia pozwalają nam w danym przypadku wykluczyć cierpienie organiczne i uważać niemotę ową za funkcyonalną, spowodowaną przelęknięciem się podczas spadania.

3) Kol. Rząd pokazał 8 tygodniowego chłopca z Epispadiasis.

4) Kol. Stankiewicz Czesław przedstawia przypadek przetoki pochwo-odbytnicowej nabytej u 8-tygodniowej dziewczynki. Dziecko, dotychczas zawsze zdrowe, zaczęło naraz niedomagać: rzucało się, krzyczało; z części rodnych pokazała się wydzielnia, podobna do „flegmy“. Stan taki trwał trzy doby. Zaparcia stolca nie było. Czwartego dnia choroby matka z przerażeniem zauważyła, iż stolec odchodzi przez pochwę. Od tej chwili dziecko uspokoiło się zupełnie.

Badanie dokonane w 4 dni po wystąpieniu przetoki dało wynik następujący.

Dziewczynka, budowy prawidłowej, odżywiona niezgorszej. Ze szpary sromowej wydzielają się płynne masy kałowe wraz z gazami. Nigdzie niemasz śladów urazu. Błona dziewicza w postaci h. annularis.

Odbyt i odbytnica, rozwinięte prawidłowo, z łatwością przepuszczają mały palec ręki. W pochwie, poniżej tylnego sklepienia, zgłębnik natrafia na nierówności; w odpowiedniem miejscu kiszki istnieje nacieczenie wielkości fasoli. Na małej przestrzeni tylko cienka błonka dzieli pochwę od jelita, zgłębnik nie trafia jednak do przetoki.

Wywiady wskazują, iż dziecko pochodzi z rodziny nieobarczonej dziedzicznie; jest siódme z rzędu.

Po kilku dniach stan chorej uległ zmianie na lepsze. Stolec, który dotąd wyłącznie odchodził przez pochwę, znów się wydziela przez odbyt w przeważnej swej części. Jest nadzieja uleczenia siłami natury.

Powstanie przetoki w danym przypadku nie jest zbyt jasne. Wobec wykluczenia urazu, przyczyny domyślać się można w wytworzeniu się ropnia w przegrodzie pochwo-odbytnicowej z następczem przebiciem się do światła tych narządów, event. przy częściowej zgorzeli jednej ze ścian. Z tem przypuszczeniem są w zgodzie dane wywiadów.

Dyskusya. Kol. Gutentag powiedzlał, że wspólnie z kol. Goldmanem widział u $1^1/_2$ rocznego dziecko takie same cierpieni Kol Goldman wątpi, czy w demonstrowanym przypadku przyczyną był ropień, gdyż ropień zwykle otwiera się w jednym tylko kierunku; i przypuszcza, że przetoka jest wrodzona. Kol. Stankiewicz, uważając ropień za przyczynę przypuszczalną, sądzi jednak, że ropień może otwierać się w 2 kierunkach. Kol. Lohrer widział ropien na międzykroczu, który otworzył się na międzykroczu, a później do odbytu. Przypadek ten bez operacyi został uleczony.

5) Kol. J. Kohn: Przypadek łożyska poprzedzającego; urodzenie się dziecka po odejściu łożyska. Chora, po raz piąty rodząca, sprawia wrażenie kobiety wynędzniałej, wysoce niedokrwistej. Absolutny brak bólów porodowych; ze sromu krew obficie wycieka. Krwotok przyszedł nagle, jakoby po wypiciu jakiejś mocno przyprawionej wódki.

Badając ostrożnie przez powłoki brzuszne, skonstatowałem poprzeczne położenie płodu żywego, ciąża przy schyłku dziewiątego miesiąca.

Wobec nieustającego krwotoku, dokonano dwuręcznego badania: otwór zewnętrzny macicy przepuszczał zaledwie 2 palce, którymi wyczułem łożysko poprzedzające, środkowe.

Wytamponowawszy szczelnie przez wziernik sklepienie i $^2/_3$ pochwy, zatamowałem krwotok; po czem chora przyszła do siebie. Ze względu na ustanie krwotoku i wobec braku bólów zdecydowałem się zachowywać się wyczekująco.

Do 8-ej rano chora spała spokojnie, na krótko przed 10-ą rozpoczęły się dosyć gwałtowne bóle i krew obficie poczęła się sączyć przez gazę. Po wyjęciu tamponu krew buchnęła takim strumieniem, iż zmuszony byłem natychmiast zabrać się do operacyi.

Wszedłszy ręką do pochwy, a trzema palcami do macicy, zacząłem mechanicznie rozszerzać wargi maciczne, przyczem stopniowo odklejałem łożysko z lewej strony, gdzie uprzednio wyczułem drobne części płodu;—natrafiwszy na nóżkę, przerwałem pęcherz, wykonałem natychmiast obrót i sprowadziłem nóżkę na zewnątrz; w chwili dokonywanego obrotu łożysko z błonami wypadło ze sromu i całym swym ciężarem i zawisło na pępowinie. Lękając się o życie matki, i pragnąc jaknajszybszego ukończenia porodu (chora leżała bez pulsu), dokonałem dość szybko ekstrakcyi do samej główki, gdzie napotkałem dopiero na pewien opór; nb. pępowin dwa razy okręcona była koło szyi dziecka.

Po wypadnięciu łożyska ani operatorowi, ani akuszerce, nie wpadło do głowy przeciąć pępowiny; jednem słowem, dziecko z wiszącem na pępowinie łożyskiem akuszerka zaniosła na łóżko, gdzie dopiero przecięła sznur pępkowy. Dziecko, jakkolwiek urodzone w lekkiej asfiksyi, po zastosowaniu sposobu Schultzego prędko przyszło do siebie.

Ile czasu upłynęło od wypadnięcia łożyska aż do narodzenia dziecka — określić trudno; w każdym razie, jeśli weźniemy na uwagę dokonanie samego obrotu, ekstrakcyą z pewnym oporem przy wydobywaniu główki, dalej odwinięcie okręconej podwójnie

koło szyi pępowiny, (—minuta, $1^1/_2$ minuty, a może i 2),—dalej pociąganie pępowiny przez wiszącą na niej łożysko, przyznać musimy, iż narodzenie dziecka żywego w podobnych warunkach należy do zdarzeń niezwykłych, i ten wzgląd właśnie skłonił się do zakomunikowania faktu niniejszego.

6) Kol. Stankiewicz Czesław przedstawia: a) Dwie torbiele jajnikowe skórzaste, pochodzące od tej samej osoby. Przed $3^1/_2$ miesiącami groźne zapalenie otrzewnej z powodu skręcenia szypuły.

Na razie brak zgody na zabieg chirurgiczny, leczenie wyczekujące: lód i makowiec. Na skutek osłabienia długotrwały pobyt w łóżku; wreszcie operacya przed dwoma tygodniami. Prawa torbiel, wielka jak pięść, ściśle zrośnięta z macicą, otrzewną, ścienną, jelitami. Szypuła guza dwukrotnie skręcona wokół swej osi. Slady poczynającej się zgorzeli. Torbiel lewa, wielkości dwóch pięści, bez szypuły, w licznych zrostach płaszczyznowych ze ścianami jamy Douglas'a.

Zawartość obydwóch torbieli: masa białawo-szara, tłusta, z domieszką włosów. Na powierzchni guzów drobne torbiele o treści surowiczej.

Wraz z guzami usunięto przepuklinę pępkową z częścią przyrośniętej sieci. Trwanie zabiegu 53 minuty. Wyzdrowienie bez powikłań.

b) Nici reniferowe, otrzymywane z więzu żółtego Rengifer tarandus. Wprowadzone do chirurgii przez Śniegirewa. Nad katgutem posiadają tę wyższość, iż są trwalsze i jako płaskie mocniej się wiążą. Po 10—14 dniach tracą swą moc w ciele ludzkiem, zupełnie wessane zostają po upływie 2—3 miesięcy (w jamie brzusznej.)

Firma Schwabego w Moskwie dostarcza tych nici w specyalnych naczyniach szklanych (pomysłu d-ra Greifego.) Sposób wyjałowienia dość kłopotliwy, a mianowicie: 1) eter—2 doby 2) olejek jałowcowy—10 dni; 3) eter ponownie—2 doby; 4) wyskok (80%) sublimatowy (1:500)—2 dni. Przechowanie w wyskoku.

7) Kol. M. Cohn pokazał preparat mięśniaka międzywięzadłowego, w środku którego znajdował się stary wylew krwawy.

REFERATY.

Lewicki. **Społeczne znaczenie nieszczęśliwych zdarzeń w ogólności (w szczególności dla m. Moskwy).** Ogół więcej zwraca uwagi na te niebezpieazeństwa, które zabierają naraz wiele ofiar, lecz zdarzają rzadko, aniżeli na te, które mniej są gwałtowne w swych

przejawach, lecz wobec ciągłego ich istnienia dają sumę ofiar o wiele większą. Do tych ostatnich należy walka o byt, przeludnienie, niezmiernie skomplikowane stosunki społeczne i t. p.; do tejże grupy niebezpieczeństw należą nieszczęśliwe zdarzenia. Nowoczesne środki komunikacyjne, przemysł nowoczesny posiłkują się ślepemi siłami przyrody, które sprowadzają taką ilość nieszczęśliwych zdarzeń.

Kwestya urazownictwa jest w Rosyi traktowana po macoszemu; dane statystyczne są niezupełne, lub też ich wcale niema.

W sprawozdaniu Departamentu Lekarskiego Ministeryum Spraw Wewnętrznych za r. 1892 mamy ogółem 26,741,036 chorych, z czego 1057.126 z urazami, ranami, złamaniami i wywichnięciami. Pomijając, że liczby rzeczywiste są bezwątpienia wyższe, nie dają one nam żadnych wskazówek, co do powstania i przyczyny zaregestrowych przypadków; nie wiemy z tych danych, ile przypadków zależało od pobudek zbrodniczych, a ile od rzeczywistych nieszczęśliwych zdarzeń; następnie, nie wiemy, jakie okoliczności życia społecznego najbardziej sprzyjają powstawaniu takich zdarzeń: czy one powstają częściej w fabrykach, czy na kolejach żelaznych, czy na ulicach gęsto zaludnionych miast, czy w innych miejscach.

Nie więcej danych dostarcza nam statystyka prywatna oddzielnych większych miast rossyjskich; jeden tylko ogólny wniosek wyprowadzić można, a mianowicie, że nieszczęśliwe zdarzenia występują nie przypadkowo, lecz z pewną regularnością — a więc i ich przyczyny muszą być stałe, nie przypadkowe, i jako takie— mogłyby być usunięte.

Odnośne dane zebrane dla Moskwy wystarczają do stwierdzenia ważnego znaczenia zdarzeń nieszczęśliwych w stosunkach społecznych. Według danych urzędowych w okresie 5-cioletnim (1894 — 1898) zmarło: od tyfusu plamistego 143 osoby, od zdarzeń nieszczęśliwych — 689, od duru brzusznego 1297; należy jednak zauważyć, że do liczby zejść wskutek nieszczęśliwych zdarzeń nie wliczono zbiorowych morderstw, samobójstw i przypadków z przyczyną śmierci nieokreśloną, zarówno jak i ofiar masowych katastrof, prócz tego, cyfry urzędowe są bezwarunkowo mniejsze od rzeczywistych, gdyż nad chorobami zakaźnemi istnieje ściślejsza kontrola. Jeśli jednak przyjąć dane tak jak są, to i wtedy stosunek zejść skutkiem tyfusu wysypkowego, nieszczęśliwych zdarzeń i tyfusu brzusznego, będzie 1:5:9. Jeśli dodamy do tego te nieszczęśliwe zdarzenia, które—aczkolwiek nie kończą się śmiercią — sprowadzają kalectwo lub niezdolność do pracy, w mniejszym lub większym stopniu, to przyjdziemy do przekonania, że nieszczęśliwe zdarzenia więcej zagrażają dobrobytowi i szczęściu społeczeństwa, aniżeli tyfus brzuszny. A jednak badaniu tego ostatniego poświęcamy dużo pracy i środków, podczas gdy w kwestyi urazownictwa poprzestajemy na niedokładnej statystyce przygodnej. Ten sposób postępowania przypisać należy

zbytnio zakorzenionemu śród mas poglądowi o „przypadkowości“ nieszczęśliwych zdarzeń.

Wracz. 1900 № 50.

Z. Prechner.

Z Towarzystw Lekarskich.

(Powstawanie chorób wskutek urazu.)

Borzymowski przedstawił chorego, który rok przeszło temu otrzymał **ranę** cięto-kłutą w **9 międzyżebrzu** z lewej strony, przyczem uszkodzoną została przepona brzuszna. Chory od tego czasu uskarża się na silny ból nad lewym obojczykiem; ból nastąpił natychmiast po zranieniu. B. przytacza zdanie autorów, którzy w tych przypadkach powstawanie podobnego bólu, przypisują wspólnemu wyjściu z 4-ej gałęzi splotu barkowego nerwów: przeponowego i pachowego powierzchownego.

Borzymowski przedstawił chorego, który 15 dni temu przebił sobie brzuch nożem stołowym, przyczem, jak się przy operacyi okazało, **przebity** został na wylot **lewy zraz wątroby** i rozcięty żołądek na krzywiźnie dużej, bliżej odźwiernika. Pomimo dość znacznej rany żołądkowej, chory nie miał wcale wymiotów, a zawartość żołądka wcale nie wylała się do jamy otrzewnej. Fakt ten B. tłómaczy skurczem silnie rozwiniętych w pobliżu odźwiernika mięśni żołądka w okresie trawienia żołądkowego, w czasie którego nastąpiło zranienie.

Tow. lek. w Warszawie. Posiedzenie 19.II.01. Gaz. Lek.)

Braun. **Przedstawienie chorego z wybroczynami zastoinowemi.** Na kark chorego spadła duża ilość burakow cukrowych i zgięła go tak, że głowa znajdowała się pomiędzy nogami. Łącznice oczu i twarz były ciemno sine, na szyi wystąpiło silne zabarwienie od ucisku kołnierzyka koszuli; prócz tego były jeszcze wysepki tego zabarwienia nad obojczykami i łopatkami, na piersiach i brzuchu. Jednocześnie wystąpiły krwawienia z uszu i z nosa, tak że zastanawiano się, czy nie było złamania podstawy czaszki. Prócz tego zauważono takież zabarwienia dość rozległe na karku, między łopatkami i na wysokości I kręgu lędźwiowego, oraz na ramionach, wielkości łebka szpilki.

(Tow. Lek. w Getyndze. Posiedz. 6.XII.00. Deutsch. Med. Woch. 1901 № 2)

Cramer. **Przedstawienie poszkodowanegc po nieszczęśliwem zdarzeniu oraz uwagi o odczynie sympatycznym.** U demonstrowanego chorego rozpoznano w r. 1888 nerwicę urazową i na tej zasadzie on otrzymał rentę. Obecnie psychiczne objawy znikły, pozostały tylko: paraliż i zanik wielkiego mięśnia zębatego przedniego (m. serratus antirus major) i części piersiowej mięśnia piersiowego wielkiego (m. pector. maj.), bolesność w prawej nodze, jak przy zapaleniu nerwu kulszowego, i ból przy ucisku na określone miej-

sce porażonego mięśnia piersiowego. Przy tym ucisku występuje przyśpieszenie tętna i rozszerzenie źrenic.

Badając rozszerzenie się źrenic przy bólu, autor przekonał się, że ten odruch nie jest niezawodny. Co prawda, z 75 badanych osób tylko u 7 nie było tego odruchu przy ukłuciu szpilką w ramię, a pomiędzy temi 7 było 3 paralityków z nieruchomemi źrenicami i 2 głuchych epileptyków; — lecz odruch źrenicowy występował także bez wywołania bólu, np. gdy autor tylko mówił, że kłuje i to u osób spokojnych i odpornych na bodźce bolesne; ten odruch występował też przy otrzymaniu smutnej wiadomości. Jest więc możność dowolnego wywołania go przez wyobrażenia. Co się tyczy zdania Hirschl'a, że przy zwyrodnieniu nerwu współczulnego szyjowego, niema odruchu źrenicowego, to autor stwierdził takowy w dwóch przypadkach zupełnego wycięcia tego nerwu.

(Tow. Lek. w Getyndze. Posiedz, 6.XII.00. Deutsch. Med. Wochenschr. 1901 № 2,)

Bofinger. **Ropień okołonerkowy jako skutek nieszczęśliwego zdarzenia.** Słabowity mężczyzna, pracujący u młynarza od kilku tygodni, po naładowaniu wozu worami mąki $1^1/_2$ centnarowymi, które przedtem ściągnął z góry po schodach, uczuł silne bóle w okolicy lędźwiowej i ogólne niedomaganie. Wieczorem w moczu ukazała się krew i tak trwało kilka dni. Niedomaganie się pogarszało, bóle były silniejsze, wreszcie wystąpiło podniesienie ciepłoty. Przy badaniu lekarz stwierdził wzdęcie brzucha, wrażliwość na ucisk w lewej okolicy lędźwiowej, zniesienie zdolności ruchowej w lewym stawie biodrowym i lekkie obrzmienie tej okolicy. Przy operacyi znaleziono ognisko ropne, w którem leżała lewa nerka, zupełnie niezmieniona. Po wypuszczeniu ropy nastąpito szybko wyzdrowienie.

W charakterze rzeczoznawcy autor uważa, że w danym przypadku powstał wylew z lewej nerki lub lewego moczowodu i krew w części wylała się do dróg moczowych dolnych, w części umieściła się w tkance okołonerkowej, gdzie, uległszy infekcyi, dała ropień. Pochodzenie tego wylewu jest bezwątpienia urazowe, chociaż chory uczuł ból nie odrazu, a to na tej zasadzie, że praca była stanowczo zbyt uciążliwa dla osłabionego ustroju tego robotnika. Związek zawodowy przyznał robotnikowi prawo odszkodowania.

(Towarzystwo lekarzy okręgu Crailsheim. Posiedz. 29.XI.00. Corespondenz-Blatt. würtemberg. Aerzte 1901 № 7.)

Karewsky. **Przypadek martwicy śledziony po urazie.** Dziecko, lat 12, dostało się w bramie między ścianę i wóz. Po długim okresie nieprzytomności obudziło się z wymiotami, brzuch był wzdęty; cierpienie sprawiało w ogóle wrażenie zapalenia otrzewnej. Autor rozpoznał jedynie uszkodzenie kiszek i będąc zwolennikiem terapii wyczekującej w takich przypadkach, a nie widząc na razie wskazań do operacyi, nie uciekał się do niej. Po 14 dniach zdawało się, że dziecko powraca do zdrowa, lecz bez widocznych

przyczyn ciepłota się ponownie podniosła. Po kilku dniach stwierdzono z lewej strony klatki piersiowej z tyłu lekkie stłumienie, a przy uciskaniu brzucha wyczuto przeszkodę wgłębi, pod lewym łukiem żebrowym, w blizkości kręgosłupa. Prawdopodobnem było przypuszczenie ropnia podprzeponowego. Przy próbnem przekłuciu wydobyto ropę. Przy operacyi wycięto dziesiąte żebro aby się dostać do przypuszczalnego ogniska ropnego; wszystkie stosunki w klatce piersiowej były bez zmiany. K. przyszył opłucną do przepony, otworzył jamę ropną i znalazł w głębi narząd, pokryty ziarniną; jak się okazało była to zmartwiała śledziona, która podczas wypadku wyszła ze swojej torebki. Badanie krwi zostało wykonane po operacyi i dało wyniki normalne. Dziecko zostało wyleczone w zupełności.

(Związek internistów w Berlinie. Posiedz. 3.X.00. Deutsch. Med. Woclenschr. 1901 № 1.)

S a x e r. **Rozerwanie worka sercowego. Śmierć w 5 dni po zdarzeniu.** Robotnik, lat 53, w celu samobójczym rzucił się z 1 piętra. Prócz niedomogi serca, która wystąpiła w 2 dni po urazie, lecz wkrótce ustąpiła, żadnych innych objawów ze strony serca nie zauważono; natomiast stwierdzono złamanie jednego ramienia, szczęki dolnej i przewodu słuchowego z jednej strony. Po 5 dniach chory zmarł. Przy sekcyi znaleziono serce zepchniętem całkowicie do lewej jamy opłucnej, worek sercowy był zapadnięty imiał ślad rozerwania przy lewym nerwie przeponowym; w lewej jamie opłucnej było nieco płynnej krwi, choć płuca i opłucna nie były uszkodzone. Z prawej strony IV żebro było złamane, opłucna nieuszkodzona. Powstanie rozerwania worka sercowego S. objaśnia w ten sposób, że robotnik upadł na prawą połowę ciała, i serce przytem uległo tak silnemu i nagłemu przesunięciu na lewo, że ścianka worka sercowego pękła pod uciskiem.

(Tow. Lek. w Lipsku. Posiedz. 18 XII. 00. Deutsch. Med. Wochenschr. 1901 Nr. 2.)

Z. P.

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

I. W y d z i a ł h y g i e n y l u d o w e j. (2. III. 01). Dr. J ó z e f J a w o r s k i wygłosił odczyt: „O p r z e s ą d a c h i z w y c z a j a c h l u d u n a s z e g o, d o t y c z ą c y c h p o m o c y d l a r o d z ą c y c h, o r a z o p i e k i n a d n o w o r o d k i e m.“ Wszystkie przesądy i zwyczaje, odnoszące się do pomocy dla rodzących oraz opieki nad noworodkiem, dr. J. J a w o r s k i dzieli na następujące grupy:

Naprzód, wiara w nadziemskie siły, złe duchy, boginki, strzygi, czarownice, uroki, złe spojrzenia i t. p.

Powtóre, brak zmysłu czystości.

Po trzecie, nieumiarkowane jedzenie i picie.

Po czwarte, nieznajomość znaczenia utraty krwi, a nawet korzystne jej tłómaczenie.

Nakoniec, nieufność wobec lekarza i fachowej uzdolnionej akuszerki, jako też obawa przed wszelkimi lekarskimi zabiegami.

Następnie mówca podaje wielką ilość przesądów i zwyczajów tutaj się odnoszących, a w wyborze kieruje się naprzód mniejszem lub większem znaczeniem danego przesądu lub zwyczaju z punktu widzenia pożytku lub szkody dla zdrowia, powtóre stopniem rozpowszechnienia i rozmiarem co do częstosci stosowania. W drugiej części swego odczytu Jaworski czyni pewne uogólnienia i wyprowadza wnioski.

Cała grupa przesądów i zwyczajów, polegająca na wierze ludu w złe duchy, boginki, strzygi, uroki, złe spojrzenia, raczej ubliża oświacie i religii, niż zdrowiu szkodzi.

Te przesądy i zwyczaje, które świadczą o zatracie u ludu zmysłu czystości, są naganne i karygodne tembardziej, że odnoszą się do stanu niewiasty, w którym już sama czystość chroni od ciężkiej niemocy, a zapewnia trwałe zdrowie. W zestawieniu, pod względem czystości wieśniaczki nasze, nawet w porównaniu z ludami na nizkim stopniu kultury, poślednie miejsce zajmują.

Przesądy i zwyczaje, polegające na wykroczeniach w dyetetyce ciąży, porodu i połogu, są nader szkodliwe, świadczące zaś o nieznajomości znaczenia utraty krwi odnośnie do tych stanów niewiasty — więcej grzeszą biernem zachowaniem się otoczenia w razie krwawień, aniżeli szkodliwemi praktykami.

Najgorsze jednak są zwyczajowe i zabobonne praktyki, stosowane szczególniej przy porodzie i w połogu. Są one nieraz wstrętne, często wprost okrutne, a zawsze wielce niebezpieczne dla zdrowia i życia rodzącej i płodu. Również szkodliwe bywają zabiegi lecznicze względem noworodka. Wszystkie te praktyki stanowią smutne świadectwo braku oświaty i uspołeczenia ludu naszego. Na szczęście są one coraz rzadsze i niewszędzie jednaki, co do szkodliwości dla zdrowia ludu, posiadają charakter. Praktyki takie, nawet gorsze, i w innych krajach oświeconych dziś jeszcze również spotkać można.

Postępy istotnej oświaty, właściwa zawodowa pomoc położnicza — to najwięksi nieprzyjaciele przesądnych i zwyczajowych w tym kierunku praktyk. W kraju naszym oba te czynniki nie odpowiadają potrzebie i prawu naturalnemu ludności. Według statystyki J. Jaworskiego 80% ogólnej liczby urodzeń w Królestwie Polskiem pozostaje bez elementarnie umiejętnej opieki położniczej. Na 48 powiatów 20 nie wysłało w ciągu sześciolecia ani jednej kobiety na naukę do szkoły babek, czyli, że do 540 gmin, zamieszkałychp rzez ludność wiejską, nie przybyła w tym czasie żadna wykształcona w położnictwie babka. Stosunki te w dwu ostatnich latach nieco się poprawiają. Medycyna ludowa, nawet ze zwiększeniem się liczby uzdolnionych akuszerek i lekarzy, nie zniknie z naszych siół i wiosek. Walka z przesądami i zwyczajami jest niełatwa i, według tego, jakie umysły przesąd zajmuje i sama odmienną być musi. Mówca wierzy, że tylko przez nagięcie się do sposobu myślenia ludu, przez zastosowanie się do potrzeb jego da się właściwy cel osiągnąć. Pewny jest tego, że skuteczną pomoc niewiastom wiejskim w ich ciężkich chwilach

macierzyństwa nieść będzie ta tylko babka położnicza, która z samego ludu wyszła, wśród niego wzrosła i z nim się zżyła. Tak samo ten tylko lekarz wzbudzi ufność i wiarę w skuteczną pomoc, usunie wątpliwości, rozproszy obawy przed wskazanymi zabiegami, który nagiąć się i zastosować do pojęc i potrzeb ludu potrafi.

Poprawa istniejących stosunków, twierdzi mówca, wówczas nastąpi, gdy w nas wszystkich obudzi się poczucie odpowiedzialności za zdrowie ludu naszego.

W rozprawach zabiera głos dr. K. Chełchowski i mówi wogóle o przesądach leczniczych ludów, wyrażając życzenie, aby rozdzielić w nich dobre od złego, pożyteczne od szkodliwego. Nadto uważa, że było by pożytecznem dowiedzieć się o znajomości, resp. wyobrażeniach ludu z anatomii, fizyologii, patologii.

Sawicki Br. zwrócił uwagę, że materyały do medycyny ludowej nie są usystematyzowane; należałoby, wobec tego przynajmniej $^1/_3$ materyału zebrać na nowo, po zebraniu zaś usystematyzować, oddzielić złe od dobrych i odpowiednio wyzyskać najrozmaitszemi drogami. Ciszewski, etnograf i etnolog, stając w obronie ludu naszego pod tym względem, przytacza rozmaite przykłady u innych ludów. Majewski, redaktor „Wisły,“ zwraca uwagę na pewną chaotyczność z etnografii. Trudno jednak etnografowi nie lekarzowi oryentować się w tej sprawie, i dlatego też lekarze powinni brać żywy udział w etnografii.

Pod koniecposiedzenia dr. Wysokiński z Międzyrzeca podlaskiego pokazła zbiór rozmaitych przedmiotów, używanych przez lud okoliczny przy zabobonnych praktykach.

II. Wydział hygieny zawodowej i przemysłu. (25. XI. 00). Tchórznicki wygłosił odczyt: Kąpiele w wagonach (p. Czasopismo str. 145).

W dyskusyi dr. Lize występował przeciwko pożyteczności tak urządzonych kąpieli w kraju naszym. Uważa on za odpowiedniejsze zakładanie łaźni na większych stacyach, szczególnie tam, gdzie są warsztaty mechaniczne; przy niewielkich dystansach u nas łatwo można dojechać z mniejszych stacyi do kąpieli, a wobec gęstego zaludnienia, krótkich postojów wagonu i rzadkich stosunkowo jego przyjazdów, pożytek z niego nie może być tak wielki jak w Cesarstwie. Dr. Babiński również uważa, że, ze względu na wyższą kulturę przestrzeni, przebieganych przez koleje u nas, częstość pociągów ułatwia możność jazdy do kąpieli. Odpowiedniejszem jest urządzanie porządnych łaźni na większych stacyach i ze względu na koszta: urządzenie wagonu jest kosztowne i łatwo ulega zniszczeniu; zatem amortyzacya wyłożonego kapitału też się korzystniej przedstawia dla łaźni stałych.

Dr. Tchórznicki nie zgadza się na to, żeby oficyaliści na stacyach mniejszych byli pozbawieni dobrodziejstwa kąpieli; dojeżdżanie do stacyi większych pociąga za sobą stratę czasu i podnosi koszta.

Wydział uznał niezbędność dostarczenia oficyalistom kolejowym możności wykąpania się, co zaś do sposobów które by były najodpowiedniejsze, prosił prelegenta o porozumienie się z lekarzami naczelnymi na kolejach oraz z lekarzami oddziałowymi.

(Podług protokułów „Zdrowia“).

WIADOMOŚCI DROBNE

— Tripier gorąco poleca enemy z gorącej (48—50°C.) wody przy krwotokach żołądkowych, w ciągu dni 8 (po dwa razy dziennie). Przez pierwsze trzy dni karmienie per rectum; do ust ani lodu, ani leków. Po trzech dniach od ostatniego krwotoku— per os mleko.

Tym sposobem T. leczy krwotoki, które nie ustępowały innym środkom.

(Centr. f. Ther. 1900.XI.)

— W przypadkach zapalenia płuc u ssawców, kiedy sprawa zapalna szybko zajęła oba płuca, a działalności serca nie udało się uregulować przy pomocy naparstnicy, upust krwi (zastosowany zanim ciśnienie znacznie spadło)—przyniósł wyraźną poprawę (w klinikach: wrocławskiej i berlińskiej).

Wypuszczano około $^1/_{15}$ ogólnej ilości krwi (w jednym np. przypadku 18 cm^3).

(Jahrb. f. Kinderh. 52)

— Roos leczy zaparcie za pomocą drożdży i tę metodę zaleca. Świeże drożdże (2 — 3 r. dziennie po jakieś 1,5) zastąpił proszkiem z drożdży wysuszonych przy 30°; tego proszku daje 2—3 r. dziennie 0,5 g. w kapsułkach keratynowych. Bardzo często działanie przeczyszczające tej dawki dziennej trwało jeszcze parę dni następnych.

(Münch. Med. Woch. 1990 № 43.)

— Dobra spluwaczka powinna odpowiadać następującym wymaganiom: 1) powinna być umieszczona na odpowiedniej wysokości, aby zapobiegać rozpraszaniu się plwociny przy złem jej skierowaniu; 2) nie być wywrotną; 3) zawierać płyn antyseptyczny, któryby zapobiegał wysychaniu plwociny i jednocześnie zabijał drobnostroje i ich zarodniki; 4) być przykryta łatwo zdejmującą się pokrywką, która by zapobiegała wypryskiwaniu plwociny oraz zasłaniała zawartość spluwaczki przed widokiem ludzkim.

— W celu mechanicznego leczenia puchliny skórnej stosuje Miura taki zabieg: Naczyńko szklane podobne do bańki, lecz mające z boku rurkę, łączy z wężownicą gumową, pogrążoną w roztwór soli kuchennej. Na udzie, po odjałowieniu skóry, czyni nacięcia długości pa-

ru milimetrów, przyczem ranki nie powinny krwawić. Cały opisany aparat napełnia roztworem soli, nasadza bańkę na owe nacięcia; potem wypuszcza z wężownicy płyn. Tym sposobem w ciągu paru godzin wypuszcza autor po 3 litry płynu. Obłożywszy bańkę watą i zabandażowawszy lekko, utrzymujemy cały aparat łatwo w miejscu zastosowania.

(Berl. Kl. W. 1900 № 39).

— Z kliniki Eichhorsta notują o bardzo szkodliwych wynikach stosowania podskórnego żelatyny (p. Czasop. 1900 str. 132) przy krwotokach nerkowych. Podobny przypadek opisuje Baumeister (szybki exitus letalis).

(Centr. f. Ther. 1900. XI).

— Gorącą wodę jako zabieg leczniczy, stosuje Kaufman przy rzeżączce. Płatki gazy lub płótna odpowiednio złożone maczamy w gorącej wodzie, przykładamy do chorego narządu i przykrywamy dużym kawałem papieru gutaperkowego; na to kładziemy watę i dobrze dopasowane suspensorium. Te okłady zmieniamy co 2 godziny. Prócz szybkiego znikania objawów zapalnych mamy tę wygodę, że chory może chodzic przy tym sposobie leczenia.

(Monatsschr. f. prakt. Dermat, 1900 № 11.)

— Massę plastra lepkiego usuwać ze skóry można alkoholem (drogi!), eterem, benzyną (łatwo się zapalają). Dornblüth radzi w tym celu używać rozcieńczonego roztworu szkła wodnego, które z masą plastra tworzy mydło b. łatwo dające się zmyć.

(Aerztl. Monatsschr. 1901 № 2.)

— Z badań Michalskiego, okazuje się, że odol, zalecany przez reklamy fabrykanta i — lekarzy jako środek do płukania ust i czyszczenia zębów — zupełnie nie odpowiada przeznaczeniu. M. przekonał sę, w pracowni Serkowskiego, że temu środkowi brak wszelkich własności antyseptycznych w roztczynie 5% ym., t. j. tak silnym, jakiego w praktyce nikt nie używa.

„Zdrowie." 1900. III.

KRONIKA

— X Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie, z początkiem drugiej połowy Lipca.

— Kasa wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi. (p. „Czas." Tom II. str. 144 i 172.)

Pierwsze sprawozdawcze posiedzenie Kasy odbyło się 26 Kwietnia r. 1901-go. Dnia 1. I. 1901 Kasa liczyła 51 uczestników.

Sprawozdanie z czynności w r. 1900-ym (za trzy kwartały. od 1. IV do 31. XII. 1900) wykazało:

Dochodów, wraz zprocentami, rubli 929 kop. 3.

Wydatków na zapomogi chorym rubli 117, na administracyę rub. 85 k. 20.

Remament: kapitał żelazny rub 50; kapitał oszczędnościowy rub. 292 k. 88; kapitał obrotowy rubli 381 kop. 7.

Przewidywany na r. 1901 budżet wykazuje dochodów rubli 1434 kop. 7.

W roku ubiegłym — pierwszym istnienia Kasy — nie wydawano pożyczek, ani zapomóg wymienionych w §§ 24, 31 i 32 Ustawy, Zebranie ogólne uchyliło to ograniczenie.

Stosownie do brzmienia §§ 41 i 44 Ustawy ustąpili z Zarządu kol. Likiernik i Litauer. Wybory pozostawiły obu tych kolegów w Zarządzie Kasy.

Do komisyi rewizyjnej wybrano kolegów: Dworzańczyka, Krakowskiego i Markowskiego.

Uchwalono zwołać specyalne zebranie ogólne w celu przedyskutowania projektów zmiany Ustawy, jakie trzech członków Kasy wniosło do Zarządu.

— Kanalizacya i wodociągi w Łodzi. Wzmiankowaliśmy już (p. str. 117) o projekcie inżyniera Lindleya zaprowadzenia kanalizacyi i wodociągów w Łodzi i sprowadzenia na ten cel wody z najbliższej rzeki, a w razie zbyt wielkich trudności technicznych — zbudowania studzien artezyjskich.

Projekt ten spotkał się z nieco przedwczesną krytyką inżyniera Terechowa, który w memoryale swym przesłanym do warszawskiego Generał-Gubernatora, zbija każdy punkt projektu inż. Lindleya; sam jednak nie stawia żadnego. Memoryał inż. Terechowa przesłany został do opinii p. Gubernatorowi piotrkowskiemu, a następnie przedstawiony będzie do decyzyi ministeryum spraw wewnętrznych.

— W pracy p. t.: „Odpływ wód ściekowych i deszczowych w Łodzi i dotychczasowe sposoby asenizacyi tego miasta („Zdrowie 1901 № 4) Dr. St. Galecki podaje opis topograficzny Łodzi, analizy wód obu jej rzeczek, sposób wywózki zawartości dołów ustępowych — co daje razem obraz prawdziwie rozpaczliwy.

— Wszystkim zamiejscowym pismom, zarówno codziennym, tygodniowym, jak i specyalnie lekarskim, które podały uchwały lekarzy łódzkich w sprawie ogłoszeń, zwracamy uwagę, że wszystkie podały te uchwały błędnie — za gazetami Łodzi, które tę błędną redakcyę wydrukowały.

Szkoda, że nawet w pismach lekarskich korzystano z tych źródeł, a nie z dokładnego referatu drukowanego w „Czasopiśmie".

— W Piotrkowie w dniu 28 b. m. komisya sanitarna dopełniła rewizyi masarń, cukierń i restauracyj i znalazła je w niezupełnym porządku. Jednego z właścicieli cukierni oddano pod sąd na zasadzie 116 art. o kar. wym. przez sędziego pokoju i nakazano przenieść piekarnię. Jednemu z restauratorów dano miesięczny termin dla przyprowadzenia kuchni do porządku. Właścicielom masarń polecono pomalowanie ścian farbą olejną. W jednym z hotelów nakazano odnowienie i sprawienie nowych kołder.

(Tydzień 1901 № 13).

— Historya wodociągów lubelskich jest pewnie znana wszystkim naszym czytelnikom: zaproponowano pierwotnie użycie wody z rzeczki Bystrzycy; gdy w skutek interwencyi ludzi nauki ten projekt zarzucono i zadycydowano użycie wody gruntowej, przedsiębiorca wybudował studnię na placu nad rzeką, na placu blizkim miasta, cmentarza, Bystrzycy i torfowiska, na placu, którego grunt łatwo tworzy szczeliny, co też ułatwia zanieczyszczenie wody wodociągowej.

Obecnie, po 2 latach istnienia wodociągów lubelskich, okazało się, jak podaje Dr. M. Biernacki (Zdrowie 1901. № 4), że zaledwie 95 domów (7%) korzysta, z wodociągów, że te wodociągi obsługują zaledwie 1/7 mieszkańców.

Co gorsza, akcyonaryusze wodociągów, dzięki swemu kontraktowi, stanowią największą przeszkodę w przeprowadzeniu projektowanej kanalizacyi.

— Ministeryum spraw wewnętrznych zatwierdziło warunki koncesyi na urządzenie wodociągów w Mławie i poleciło kancelaryi warszawskiego Jenerał gubernatora zawrzeć z inżynierem Wojsławem umowę w celu powierzenia mu tego przedsiębiorstwa, pod warunkiem, aby opłata za wodę dla wojsk znajdujących się w Mławie, w koszarach, była oddawana z ustępstwem 25%. Koncesya wydana jest na lat 40. W pierwszym okresie wodociąg powinien dawać nie mniej 30,000 wiader na dobę. Roboty powinny być ukończone w ciągu lat dwóch. Opłata za wodę wynosić będzie 40 kop. za sto wiader czyli 0,4 za wiadro. Jeżeli konsumcya wody dosięgnie 60,000 wia-

der, to cena zmniejszy się do 30 kop,. jeżeli konsumcja dosięgnie 100,000 wiader, opłata wyniesie 20 kop. za 100 wiader. Miasto ma prawo wykupić wodociąg po latach dwudziestu.

(Gazeta Radomska 1901 № 30).

— Pan R. K. zwraca uwagę w „Tygodniu" (101 № 15) na potrzebę zwiększenia dozoru lekarsko-policyjnego nad produktami spożywczymi. Szczególnie w sprawie sprzedaży mięsa zepsutego należy wystąpić energicznie, ponieważ włościanie bez wstrętu spożywają mięso cuchnące, mięso ze sztuk padłych, byle tanio kosztowało.

— Przeważna większość naszego ludu, poza kąpielami w niemowlęctwie i rzecznemi w młodszym wieku, nie zna innych zresztą wcale, chyba jako środek leczniczy. Na 114 miast i 353 osady Królestwa tylko w 23 miastach można się za swoje pieniądze wykąpać w wannie lub łaźni, W innych miastach, ko nie ma wanny własnej, musi się starać o pozwolenie skorzystania z wanien kolejowych, fabrycznych szpitalnych, łaźni wojskowych, przy mykwach, a nawet więziennych. Takie miasta i osady, jak Zgierz, Będzin, Tomaszów, Chełm, Zduńska Wola, Sosnowiec, nie mają wcale kąpieli publicznych. Niewątpliwie, przykład Warszawy oddziała i na prowincyę.

(Kurjer Warsz. 1901 № 81).

— W „Głosie" (1901 № 15) czytamy: „Piotrkowskie Tow. lekarskie w celu zwalczania rozpowszechnionego po wsiach zapalenia oczu u dzieci rozesłało do gmin broszurę D-ra Reicha, o ochronie dzieci przeciw ropnemu zapaleniu oczu. Jest to bez wątpienia środek najskuteczniejszy rozbudzania wśród szerokich mas potrzeby lecznictwa. Czy to za pośrednictwem zarządów gminnych czy też członków tow. roiniczych i tow. hygienicznego, przez sfery kierownicze tych instytucyj powinny być podjęte wydawnictwa traktujące o pielęgnowaniu zdrowia i środkach zapobiegających szerzeniu się chorób".

W wiadomości powyższej sprostować należy, że nie piotrkowskie Tow. lekarskie (bo takie nie istnieje), tylko Wydział lekarski Rządu gubernialnego rozesłał do wójtów broszurę Reicha, o której pisze nam kol. St. Skalski co następuje:

„Piotrkowski gubernjalny urząd lekarski rozesłał po wsiach broszurę D-ra Reicha „O zapobieganiu i leczeniu chorób ocznych" głównie ropnego zapalenia, u dzieci.

Broszurka napisana przystępnie w języku rosyjskim została wydana nakładem Tow. Opieki nad ślepymi w Petersburgu w zeszłym roku i zawiera szereg wskazówek dla akuszerek, rodziców, felczerów i t. d.

— Rada zarządzająca dróg żelaznych nadwiślańskich postanowiła urządzić uzdrowisko dla suchotników na stacyi Sędziszów, przeznaczone początkowo dla dziesięciu chorych. Na cel ten oddano dom murowany o jedenastu pokojach z wodociągiem, wannami i innemi wygodami.

— Ministeryum komunikacyi, wychodząc z założenia, że personel lekarski na kolejach skarbowych jest niedostateczny, a pragnąc zapewnić oficyalistom kolejowym pomoc lekarską w razie ciężkiego zasłabnięcia, wydało rozporządzenie, aby naczelnicy stacyj lub felcerzy w razie nieobecności miejscowych sił lekarskich, sprowadzali do chorych innych lekarzy. Jednocześnie polecono, aby na wszystkich stacyach kolejowych, w warsztatatach, składach, magazynach i wszędzie, gdzie to będzie możliwe, zostały wywieszone adresy najbliższych lekarzy.

— W sprawie akuszerek wiejskich. P. gubernator piotrkowski rozesłał do naczelników powiatów gubernii piotrkowskiej, oraz do prezydentów m. Piotrkowa i Łodzi, okólnik w sprawie usunięcia wszelkich niedogodności, które odczuwa ludność wiejska skutkiem niedostatecznej liczby praktykujących po wsiach t. zw. „babek wiejskich". Okólnik opiewa, że brak ten tłómaczy się tem, że obecnie przygotowujące się do zawodu akuszeryjnego po wsiach kobiety kształcą się wyłącznie tylko w istniejącej przy warszawskim instytucie położniczym szkole babek wiejskich, której całkowity kurs nauk kończy niedostateczna liczba kobiet dla istotnych potrzeb ludności kraju.

Celem usunięcia tych braków i dania możności jaknajwiększej liczbie kandydatek kształcenia się w zawodzie akuszeryjnym, powstał projekt dopuszczania ich do zajęć praktycznych przy znajdujących się w zawiadywaniu rady miejskiej dobroczynności publicznej w Warszawie przytułkach położniczych, lecz urzeczywistnienie tego projektu napotkało na poważną przeszkodę w postaci braku środków pieniężnych, koniecznych na pokrycie związanych z projektem rozchodów, w wysokości 3000 rb. rocznie. Wniesienie tego rozchodu na ra-

chunek warszawskiej rady dobroczynności publicznej byłoby niesprawiedliwem ze względu na to, że przygotowanie „babek wiejskich“ nie leży w interesie Warszawy. Pokrycie potrzebnej na ten cel sumy drogą ustanowienia specyalnej opłaty za prawo nauki jest niemożebne dla tego, że ta kategorya kobiet, które dążą do otrzymania tytułu babki wiejskiej, zwykle znajduje się w przykrem położeniu materyalnem.

Jedynym, możliwym i zupełnie sprawiedliwym punktem wyjścia z tego położenia byłoby przyjęcie całkowitego wydatku w równych częściach przez rady gubernialne dobroczynności publicznej wszystkich gubernii Królestwa Polskiego, jako instytucyj najwięcej zainteresowanych w sprawie uporządkowania pomocy akuszeryjnej ludności wiejskiej.

Na podstawie wyżej wysłuszczonych argumentów p. gubernator piotrkowski zażądał szczegółowych danych, czy ludność wiejska danego powiatu (miasta) odczuwa potrzebę powiększenia liczby „babek wiejskich“; jeżeli tak jest istotnie, to wskazać, jakie mianowicie gminy i osady.

Naszem zdaniem, nawet przychylne rozwiązanie powyższej sprawy nie da Królestwu dostatecznej liczby babek.

Przedewszystkiem dla tego, że w warszawskich przytułkach położniczych nie znajdzie możności kształcenia się nawet mała część tych babek, jakie są obecnie ludności wiejskiej potrzebne. Powtóre, odległość Warszawy od wielu miejsc naszego kraju utrudnia kształcenie się tam.

Jedynie ustanowienie odpowiednich szkół, co najmniej w każdej gubernii po jednej, dałoby jakąś rękojmię, że z czasem wieś będzie miała wystarczającą liczbę „babek“.

O podobnych szkołach radziły niedawno towarzystwa lekarskie w Lublinie i Łodzi.

Jak dotąd jednak — nie ma widoków, by te projekty zostały urzeczywistnione.

— Charakterystyczną wiadomość podały dzienniki. W majątku Cześniki gub. lubelskiej, powiecie tomaszowskim, wybuchła wsród służby folwarcznej epidemya tyfusu. Naznaczona z rozporządzenia sfer miarodajnych komisya sanitarna po zbadaniu stanu rzeczy na miejscu orzekła, iż przyczyna znacznej śmiertelności leży jedynie w niezachowaniu warunków hygienicznych. Protokół tej komisji, jak zapewnia „Gazeta Lubelska“, to niemal kartka wycięta z opisu piekła Dantejskiego,

O hygienie mieszkań służby folwarcznej wypowiedział interesujący odczyt dr. S. Bronowski(p. Czasop. str. 149), zabierał też głos w tej kwestyi dr. Świeżyński na ogólnem zebraniu spółki radomskiej. Prelegenci w konkluzyi dochodzą do jednych i tych samych wniosków, że izby folwarczne utrzymywane niechlujnie, pozbawione prawie światła i powietrza, stają się częstokroć wyłączną przyczyną chorób ich mieszkańców.

„Jednym z najracyonalniejszych środków normujących kwestyę braku robotników, wywołanego wychodźctwem zagranicę, jest podniesienie stopy zarobkowej, zwiększenie płacy i dodatków w naturze, jak również dostarczanie pracownikom tej kategoryi mieszkań, urządzonych z uwzględnieniem przynajmniej najelementarniejszych wymagań hygieny. Być może, obieżysasi sieją zgorszenie moralne, robotnik polski przez pracodawcę prusaka jest wyzyskany i poniewierany, niemniej na obczyznie widzi on wiele ciekawych rzeczy i patrzy na urządzenia rolne i społeczne, kulturalnie bez porównania wyżej stojące od tego, co widzi w swojej wsi, zupełnie więc staje się zrozumiałem, że ani nizkie zarobki w kraju, ani duszne siedliska zarazy i chorób, zwane izbami folwarcznemi, robotnika nie pociągają.“

„Czy drobny nakład na 240 łokci sześciennych powietrza w izbie, okna z lufcikami i podłogę drewnianą jest nad możność posiadaczy kilkudziesięciu włók ziemi „o wysokiej kulturze“—wątpić należy. Pomijając inne względy i pobudki, bo te w mniemaniu niektórych obywateli są poetycznemi mrzonkami, ziemianie tylko w poczuciu interesu własnego powinni zająć się szczerze polepszeniem bytu i zdrowotnych warunków służbu folwarcznej. Bez wyraźnych ustępstw ze strony ziemian-pracodawców sprawa ta nie da się rozwiązał choćby ogłoszono długie szeregi ankiet i zbierano wybitne i mniej wybitne głosy. Dobre chęci i poczucie obowiązków społecznych powinny znaleźć się, zanim interwencya z kodeksem w ręku nakaże zmiany i konieczne ulepszenia.

(„Głos“ № 12. 1901.)

— Pod nagłowkiem: „Z etyki lekarskiej.“ Pisze „Goniec łódzki“ (1901. № 81): „Jeden z naszych prenumeratorów opowiada nam fakt następujący:

Pani X. zamieszkała przy ulicy Krótkiej, jako położnica zachorowała w nocy o godz. 12 nader niebezpiecznie. Mąż pobiegł do brata mieszkającego w domu, w którym mieszka lekarz, chcąc tym sposobem przez sąsiedzkie stosunki być więcej upewnionym, że lekarz da się namówić o tej godzinie do pójścia do chorej. Wspólne prośby i błagania łącznie z bratem nie pomogły jednak wcale, lekarz mimo ciągłego dzwonienia pozostał niewzruszonym. Przybycie matki chorej, siemdziesięcioletniej staruszki z wieścią, że minuty życia chorej są policzone dodały energii braciom, przed którymi wreszcie otworzyły się drzwi mieszkania lekarza. Tu jednak wszystkich spotkał srogi zawód. Lokaj doktora chcącą się siłą dostać do przedpokoju staruszkę schwycił za gardło i grubijańsko odepchnął, poczem drzwi znowu zatrzasnęły się przed proszącymi jak zmiłowania o pomoc. Wreszcie sprowadzono innego lekarza aż z ulicy Ogrodowej. Ten orzekł, że jeszcze kwandrans spóźnienia a chora umarła by na pewno.

Tyle od strony interesowanej, bez komentarzy".

Do tego bezimiennego oskarżenia dodamy od siebie zapytanie: jakim sposobem można było zanosić „prośby i błagania" do lekarza, którego nikt z trzech osób błagających nie widział, bo z początku drzwi były wogóle zamknięte, a pod koniec jedynie gbur lokaj interesantom odpowiadał?

— Kronikarz „Głosu" (№ 12) pisze: „Jeden z lekarzy prowincjonalnych zabezpieczył niewypłacone honoraryum na wziętem w zastaw obuwiu chorego. Równie jaskrawo maluje samowolę eskulapa małomiasteczkowego, wypadek, jaki miał miejsce w X: lekarz wezwany do chorego biedaka niezadowolony z wysokości otrzymanego wynagrodzenia (dano 20 kop., żądano 30 kop.) zabrał zapisaną już przez siebie receptę, obiecując wydać przepis na miksturę po otrzymaniu brakującej sumy".

Takie oskarżenia wtedy osiągną skutek pożądany, kiedy oskarżyciel wymieni oskarżonego z nazwiska. Bezimienne oskarżenie godzi niby w jednego winnego, a trafia — we wszystkich, niewinnych.

— O koledze, którego „Kur. Warsz." potępił tak bezwzględnie (p. „Czasopismo" str. 117) pisze „Kronika Lekarska" w zeszycie siódmym: „Kolega ten w drodze powrotnej zatrzymał się u jednego z kolegów w Ciechanowcu. Tu przebył 1½ godziny dla narady; dopiero w chwili gdy miał wyjechać (pozostało mu zaledwie 1½ godziny na przebycie 17 w. od kolei) został wezwany do chorego kolegi. Chwilę trwał tylko namysł, wcale nie zawracał z drogi i natychmiast przybył do chorego. Tu zalecił mu po zbadaniu odpowiednie leczenie. Zabrało mu to czasu około 20 minut, tak że omało nie spóźnił się na pociąg. Kolega, o którego idzie, dotąd śpieszył zawsze lekarzom z bezinteresowną pomocą"

— Myśl **obłożenia** każdej **recepty** stałym **podatkiem** (jednokopiejkowym) na rzecz kas lekarskich — nie jest nową. Nie publiczność, ale aptekarze mieli ten wydatek ponieść, nalepiając na każdą receptę jednokopiejkowe marki, które by były sprzedawane przez kasy lekarskie.

Przeciw temu projektowi przemawia przedewszystkiem to, że lekarze mogliby wpaść w podejrzenie, jako zapisują więcej leków, aniżeli potrzeba — by zwiększyć ów specyalny podatek.

Dr. Michlin proponuje pobieranie podatku dwukopiejkowego od każdego **powtórzenia** za receptą, nie podpisaną przez lekarza (¼ leków jest wydawana właśnie za takiemi receptami); przyczem ten podatek płaciłby już kupujący. Wtedy bowiem chory korzysta — do pewnego stopnia — bezpłatnie z rady lekarza; więc opłata paru kopiejek na jakąś kasę lekarska byłaby rzeczą słuszną. Powtóre, upadłoby podejrzenie, o którem mowa wyżej, bo leki powtarzają zwykle bez wiedzy lekarza, często zaś wbrew jego woli.

Z takiego źródła łatwoby zebrać kapitał, z którego by mogli korzystać lekarze niezdolni do pracy.

— W **sprawie hygieny pracowników aptecznych** pisze „Przegląd Farmaceutyczny" (1900, № 24):

„Lekarze niejednokrotnie zwracali uwagę na brak hygieny w aptekach, lecz przeważnie odnosiło się to do danych urządzeń aptecznych. W swoim czasie sprawa mieszkań niehygienicznych dla pracowników aptecznych także była poruszaną i dzięki akcyi ze strony Przeglądu, znalazła odbicie na łamach prasy peryodycznej. Pod naciskiem opinii publicznej i prasy, właściciele aptek warszawskich znieśli mieszkania dla pracujących.

Był to wielki krok naprzód. Jednakże wiele jeszcze pozostało w tym kierunku do zrobienia.

Zwracano bowiem uwagę na rzeczy kardynalne, a żaden z hygienistów nie zwrócił uwagi na fakt, iż farmaceuta, pracujący w aptece, podczas swej wielogodzinnej i męczącej pracy nie usiądzie, a nawet chwilowy odpoczynek w wielu aptekach jest wzbroniony, a w wielu źle widziany.

O ile podobny stan rzeczy ujemnie wpływa na organizm, świadczą badania podjęte przez Foveau de Courmelles odnośnie kobiet. Pominąwszy zboczenia swoistej natury, stałe położenie pionowe ciała wywołuje, według tego badacza, zaburzenia w krwiobiegu kończyn dolnych z powodu utrudnionego odpływu z nich krwi i, jako skutek tego ostatniego, rozszerzenie i zapalenie żył. Zastój krwi w jamie brzusznej warunkuje wystąpienie białka w moczu. Nadto zbyt długo trwające położenie pionowe ciała wywołuje zastoje krwi w dolnej części rdzenia kręgowego, które powodują rozmaite zaburzenia nerwowe w kończynach dolnych.

Na takie i tym podobne skutki narażony jest każdy farmaceuta, pracujący w aptece, w której brak krzeseł zmusza do ciągłego stania, czyniąc niemożliwym wypoczynek chwilowy. Na brak ten dotąd nikt nie zwrócił dostatecznej uwagi, a bodaj, czy nie jest on jednym z powodów chorób nerwowych, którym tak często podlegają pracujący w aptekach wielkomiejskich.

Wydatek na krzesła dla pracujących w aptekach chyba nie obciąży budżetu apteki, a być może przyczyni się do zmiejszenia procentu chorych na nerwy i rozdęcie żył.

Piszemy te słowa pod adresem właścicieli aptek nietylko warszawskich, lecz i wielkomiejskich, którzy zapewne zechcą pójść za naszą radą, a tem samem przyczynić się do poprawy warunków hygienicznych pracy w aptekach, choćby dla tego tylko, iż wielu z nich jest członkami Towarzystwa Hygienicznego.

Być może, iż ten ostatni wzgląd będzie decydującym i pozwoli pracownikom aptek wielkomiejskich na chwilowy wypoczynek podczas parominutowej przerwy w pracy."

— W dwutygodniku „Russkij Medicynskij Wiestnik" (redaktor b. prof. P. I. Kowalewskij) znajdujemy ocenę dzieła Prof. N. I. Muchina („Dziedziczność neuropatyczna"), rozpoczynającą się od słów następujących: „Od czasu kiedy profesorów mianują nie na zasadzie zasług naukowych, tylko w stosunku do lat służby, wielu profesorów uniwersytetu zamieniło się na urzędników. Ludzie nauki stali się nauczycielami urzędowymi. Nauka dostała od uniwersytetu długi urlop, a te instytucye zmieniły się na kancelarye urzędnicze. Naukowe prace profesorów stały się rzadkością. Wymieniona monografia Prof. Muchina stanowi podwójnie przyjemny wyjątek: po pierwsze, jest ciekawą z punktu naukowego, po wtóre — napisał ją profesor uniwersytetu warszawskiego... Prof. Muchin mówi z początku o" i t. d.

— W „Kuryerze Sosnowieckim" spotkaliśmy takie ogłoszenie:

„Dr. I. Szpiganowicz zajmujący się akuszerją, chirurgją i okulistyką, stosuje elektryczność w szerokim zakresie: przy bólach, paraliżach, przy narościach zwłaszcza w nosie w celu ich usunięcia, przy ciężkich porodach i t. d."

— „Creosotal" słynął dotąd jako środek przeciw gruźlicy.

Obecnie ogłoszenia sławią „Creosotal" jako środek swoisty przeciw wszystkim niegruźliczym cierpieniom dróg oddychowych („Specifikum bei allen nicht tuberkulösen Infektionskrankheiten der Luftwege." Ogłoszenia fabryki v. Heydena. Münch. Med. W. 1901.)

Habent sua fata... medicamenta specifica.

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, J Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь, 20 Апрѣля 1901 г.

Druk A. Karskiego, dzierż. Kulisz, Nowy Rynek № 11.